



---

**Directeur des soins**

Promotion : **2010**

Date du Jury : ***septembre 2010***

---

**Le parcours de soins du patient : un  
dispositif fédérateur pour les  
Communautés Hospitalières de  
Territoire**

---

**Viviane CAILLAVET-BACHELLEZ**

---

# Remerciements

---

Nous tenons à remercier les personnes qui nous ont accompagnées tout au long de l'élaboration de ce mémoire et plus particulièrement les professionnels des établissements ayant fait l'objet de notre enquête, pour le temps qu'ils nous ont accordé et pour les conseils prodigués.

Nous exprimons notre gratitude envers les intervenants de l'EHESP qui nous ont aidés dans notre cheminement et envers les collègues et amis de notre promotion présents pour nous guider dans notre réflexion ; ils se reconnaîtront.

Et enfin, nous sommes reconnaissants à notre homme de cœur pour son soutien, son écoute et sa disponibilité durant cette année de formation, qui se concrétise par l'écriture de ce mémoire.

*A Fabrice...*

---

# Sommaire

---

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>1. Le parcours de soins du patient : un mode de prise en charge au sein d'une nouvelle organisation territoriale de la santé .....</b>	<b>5</b>
<b>1.1 Le parcours de soins : une notion au centre de divers concepts de prise en charge des patients.....</b>	<b>5</b>
1.1.1 Le parcours de soins du patient : une notion à préciser .....	5
1.1.2 La filière de soins et le réseau de soins : des formes organisées de parcours du patient.....	6
1.1.3 Le parcours de soins coordonné : un dispositif obligatoire et défini par l'assurance maladie .....	7
1.1.4 Le chemin clinique .....	8
<b>1.2 La territorialisation du système de santé : vers un nouveau mode de coopération entre établissements de soins .....</b>	<b>8</b>
1.2.1 Historique de la coopération hospitalière .....	8
1.2.2 Les différentes modalités de coopération.....	9
1.2.3 La Communauté hospitalière de territoire .....	9
1.2.4 Les impacts de l'organisation en communauté hospitalière de territoire....	10
<b>1.3 Le parcours de soins : un outil de gestion de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses de santé.....</b>	<b>11</b>
1.3.1 Le parcours de soins au service de la qualité de la prise en charge des patients.....	11
1.3.2 Le parcours de soins au service de la maîtrise des dépenses de santé....	12
<b>2. Le parcours de soins du patient : une étude au sein d'un centre hospitalier et une réflexion dans une communauté hospitalière de territoire.....</b>	<b>13</b>
<b>2.1 La méthodologie de recherche.....</b>	<b>13</b>
2.1.1 L'outil sélectionné .....	13
2.1.2 La population choisie .....	13
2.1.3 Les limites de l'étude .....	14
<b>2.2 Le diagnostic de terrain .....</b>	<b>14</b>
2.2.1 Un processus opérationnel mais peu formalisé au sein d'un centre hospitalier.....	14
2.2.2 La plus value d'une organisation du parcours de soins et ses limites au sein d'un centre hospitalier .....	17
2.2.3 Les forces et faiblesses de la communauté hospitalière de territoire pour organiser et faire vivre le parcours de soins : témoignage des acteurs .....	18
<b>2.3 Synthèse de l'étude.....</b>	<b>19</b>

<b>3. Les conditions requises pour organiser et mettre en œuvre le parcours de soins du patient dans une organisation en communauté hospitalière de territoire .....</b>	<b>21</b>
<b>3.1 Le parcours de soins du patient : dénominateur et objectif communs à l'ensemble des professionnels hospitaliers .....</b>	<b>21</b>
3.1.1 Le parcours de soins du patient : un objet de rencontre des pratiques professionnelles, des valeurs et de la culture de chaque établissement .....	21
3.1.2 Le parcours de soins du patient : la nécessité de mise en œuvre de processus formalisant l'organisation et l'évaluation de son efficacité .....	23
3.1.3 Le parcours de soins du patient : le nécessaire développement d'un système d'informations performant pour assurer la communication entre les professionnels .....	24
<b>3.2 La négociation : une démarche et un outil au service de la collaboration et de la coopération entre les professionnels autour du parcours du patient .....</b>	<b>25</b>
3.2.1 La négociation : un art difficile mais nécessaire .....	25
3.2.2 Négocier pour établir la communication entre les acteurs et faire face à la résistance aux changements .....	26
3.2.3 La négociation pour faire coopérer les acteurs dans une organisation et déjouer la complexité des soins .....	27
<b>3.3 Le directeur des soins : un acteur central dans l'organisation du parcours du patient et du partenariat entre les acteurs .....</b>	<b>28</b>
3.3.1 Le directeur des soins en position transversale : un atout pour la communauté hospitalière de territoire en termes de coordination des interventions .	28
3.3.2 Le directeur des soins : un acteur de communication et un promoteur de dynamisme au service des liens intra et extrahospitaliers pour l'organisation du parcours de soins du patient .....	30
<b>Conclusion .....</b>	<b>33</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>35</b>
<b>Liste des annexes .....</b>	<b>I</b>

---

## Liste des sigles utilisés

---

<b>ARS :</b>	Agence régionale de santé
<b>CH :</b>	Centre Hospitalier
<b>CHT :</b>	Communauté Hospitalière de Territoire
<b>CLIC :</b>	Centre Local d'Information et de Coordination
<b>CME :</b>	Commission Médicale d'Etablissement
<b>CLAN :</b>	Comité de Liaison, Alimentation et Nutrition
<b>CLIN :</b>	Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales
<b>CLUD :</b>	Comité de Lutte contre la Douleur
<b>CPOM :</b>	Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens
<b>CSIRMT :</b>	Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique
<b>DPI :</b>	Dossier Patient Informatisé
<b>DS :</b>	Directeur des Soins
<b>FMIH :</b>	Fédération Médicale Inter Hospitalière
<b>GCS :</b>	Groupement de Coopération Sanitaire
<b>HAD :</b>	Hospitalisation à domicile
<b>HAS :</b>	Haute Autorité en Santé
<b>HPST :</b>	Hôpital Patient Santé Territoire
<b>SIH :</b>	Système d'Information Hospitalier
<b>SSIAD :</b>	Service de Soins Infirmiers et d'Aide à Domicile

## Introduction

La volonté nationale actuelle de réorganisation de l'offre de santé sur les territoires et les difficultés financières rencontrées par de nombreux établissements publics, conduisent la politique de santé vers un double objectif : l'optimisation du dispositif hospitalier en termes d'efficacité, d'efficience et de performance par une réorganisation structurelle sous la forme de coopérations et la recherche de l'amélioration de l'efficience de la prise en charge des usagers, passant par la mise en œuvre d'un parcours du patient organisé, performant et évaluable.

Parmi les formes de coopération, les Communautés Hospitalières de Territoire (CHT) sont considérées comme un outil au service de l'efficience et des filières de soins<sup>1</sup>. Préconisées par le rapport LARCHER et instaurées officiellement par la loi portant réforme de l'hospitalisation et relative aux patients, à la santé et aux territoires du 21 juillet 2009 (Loi HPST), les CHT ont pour objectif de développer les complémentarités entre établissements de santé au sein des territoires et d'associer, éventuellement, des établissements médico-sociaux, afin d'optimiser la prise en charge des patients. En ce sens, elles peuvent constituer une opportunité d'amélioration du dispositif de prise en charge des patients, tant en termes d'opérationnalité que d'efficience économique, pour le système de santé comme pour le patient. Cependant, nous constatons, à ce jour, qu'il est relativement difficile d'évaluer finement et aisément le nombre de CHT existantes ou en projet sur le territoire français. Ceci malgré une volonté affichée par le comité national de pilotage de la Direction de l'hospitalisation et de l'offre de soins (DHOS) et de l'Agence nationale d'appui à la performance des établissements de santé et services médico-sociaux (ANAP) d'accompagner les projets de coopération entre établissements de santé (42 projets en phase de préfiguration retenus pour un financement total s'élevant à presque 3 millions d'euros).

Si, l'un des objectifs visés par la mise en place des CHT est d' "*assurer l'égalité d'accès à des soins de qualité*"<sup>2</sup>, l'enjeu est également d'améliorer le parcours du patient et les filières de soins. Or, nous connaissons les difficultés à organiser ce parcours au sein d'un pôle, en interpôles à l'échelle d'un établissement de santé. Le parcours de soins<sup>3</sup> d'un patient est une trajectoire composée d'étapes variant selon son lieu d'habitation, son histoire médicale, les médecins et les établissements hospitaliers qui l'ont pris en charge tout au long de sa maladie. Les réseaux de santé et les filières de

---

<sup>1</sup> ZAYNAB R., mai-juin 2009, « Managers de santé », *Le magazine du Syndicat national des cadres Hospitaliers*, n° 84, p.14 à 17.

<sup>2</sup> HOSPIMEDIA, Les conditions de la réussite, mai 2005. [Visité le 12 mars 2010], disponible sur Internet : [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)

<sup>3</sup> CONTE V., 2008, « *Optimisation du parcours de l'utilisateur à l'hôpital : un processus à construire. Rôle du directeur des soins* », Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique, Rennes, 37 p.

soins contribuent à l'élaboration du parcours de soins des patients, à l'extérieur des établissements de santé. Dans les structures de soins, l'élaboration de parcours des patients reste encore difficile à mettre en œuvre, même si l'organisation en pôles d'activités de l'hôpital peut avoir cet objectif précis dans certains établissements. Lorsqu'il existe et est organisé, le parcours de soins du patient reste, encore très souvent, peu formalisé et lié à la volonté d'acteurs impliqués et volontaristes. Alors même que nous savons que ce parcours organisé et opérationnel assure la cohérence de la prise en charge et, la qualité des prestations et les services rendus au patient. Le manque d'organisation du parcours de soins est générateur d'évènements indésirables qui ont un impact sur la qualité des soins et génèrent des risques pour les patients, sources de non qualité.

L'enjeu de l'organisation et de la mise en œuvre du parcours de soins se situe à trois niveaux :

- Assurer la rapidité de la prise en charge aux différentes étapes, afin de sécuriser le dispositif et éviter la perte de chance pour le patient,
- Participer à l'efficience économique du système de santé, en fléchissant le parcours du patient en fonction de ses besoins réels et non en fonction de l'organisation des différentes structures par lesquelles celui-ci passe au cours de sa prise en charge,
- Assurer la coordination des actions des différents intervenants impliqués dans la prise en charge du patient, de manière formalisée, afin d'être identifiables et évaluables à toutes les étapes de la prise en charge.

Dans le cadre de la mise en place de CHT, la coordination entre les différents acteurs sera d'autant plus complexe qu'elle impliquera différents lieux de prise en charge et différentes structures sanitaires, mais également sociales et médico-sociales. Or, nous savons que chaque structure a développé des logiques, une culture, des organisations qui lui sont propres et, implicitement peu compréhensibles par les autres. Il s'agit, ici, de faire coopérer différents acteurs autour d'un objectif commun, qui est de participer à la prise en charge du patient à un moment de son parcours de soins.

Il apparaît fondé de se questionner sur l'aspect opérationnel de la mise en œuvre du parcours de soins du patient au sein d'une CHT :

- Demain, comment faudra-t-il organiser le parcours du patient au sein d'une CHT?
- Avec quels moyens ? Avec qui ? Qui peut contribuer à l'organisation du parcours de soins du patient ?
- Le Directeur des Soins (DS) est-il un acteur clé dans la mise en œuvre du parcours de soins du patient, au regard de ses missions d'organisation de la prise en charge des patients ?

En effet, les CHT vont générer des bouleversements dans la gouvernance des établissements, qui pourront passer, dans certains cas, par une direction commune. Ces

changements vont, vraisemblablement, avoir un impact sur la place, le rôle et le positionnement des différents acteurs impliqués dans la CHT. Ce constat légitime le questionnement du DS à propos de son positionnement dans ce contexte mouvant et sur la plus value qu'il pourrait apporter dans ce nouveau modèle d'organisation, ce qui ne sera pas sans conséquence sur la prise en charge des patients.

L'organisation actuelle des établissements de santé place à la tête de la Direction des soins, un Coordonnateur général des soins et, dans certains cas, un ou plusieurs DS. Chaque établissement a développé un modèle d'organisation assis sur son histoire, sa culture et des logiques qui lui sont propres. L'arrivée de ces modèles de coopérations hospitalières engage des questionnements quant à la place des DS, ce qu'en attendent les différents acteurs, les enjeux qui seront les siens et les types de partenariat à instaurer. Les interrogations sont, également, relatives aux segments sur lesquels il devra se positionner pour apporter une plus value au service du dispositif de prise en charge des patients, sans négliger la gestion d'éventuels freins.

Ces constats nous amènent à un questionnement professionnel qui est le fil conducteur de notre travail de recherche :

**Quelle est l'organisation du parcours de soins du patient dans la perspective de la mise en place d'une Communauté Hospitalière de Territoire ?**

Pour tenter de répondre à cette problématique, nous posons quatre hypothèses :

- 1) L'organisation du parcours de soins du patient dans un établissement apporte une plus value pour la prise en charge des patients en termes d'accessibilité aux soins, de fluidité et de personnalisation du parcours, de gain de chance et de qualité de vie pour le patient,*
- 2) La cohérence globale du parcours de soins du patient dans un établissement dépend de l'organisation des unités et des structures entre elles, de l'implication des professionnels et de leur volonté de coopérer ensemble au bénéfice du patient,*
- 3) Les dysfonctionnements dans un parcours de soins sont le plus souvent liés à un déficit en communication entre professionnels, à des problématiques d'organisation, de coopération et de coordination entre les différents acteurs et structures intervenant dans la prise en charge du patient,*
- 4) Les CHT vont modifier les modes de fonctionnement des structures et des acteurs et, influencer sur le parcours du patient et sur la qualité de la prise en charge, en raison de la confrontation de pratiques, de valeurs et de cultures différentes entre les établissements membres et par les intérêts divergents générateurs de résistances pouvant exister au sein d'une CHT.*

La recherche de résolution de notre problématique est fondée sur une étude de terrain dans un établissement de soins ayant développé ce dispositif, dans le but de mettre en évidence les éléments pris en compte pour organiser les parcours de soins des patients et les freins rencontrés. L'enquête est menée, également, au sein d'une CHT en



cours d'organisation, afin d'identifier les leviers et les difficultés rencontrés pour coordonner les acteurs autour de l'organisation de ce dispositif.

Au regard des missions définies dans le décret du 19 avril 2002, relatives à l'organisation et à la qualité des soins, le DS contribue à l'optimisation du parcours du patient. Pour atteindre l'objectif du travail de recherche et mieux accompagner les professionnels dans le cadre d'une CHT, il convient de réaliser un état des lieux des conditions et des éléments à prendre en compte dans la construction du parcours du patient et d'identifier les conditions favorisant l'organisation de tels dispositifs au service de la qualité de la prise en charge des patients.

Dans un premier chapitre, nous tenterons de définir le parcours de soins du patient comme mode de prise en charge particulièrement pertinent dans le contexte d'une nouvelle organisation territoriale de la santé en CHT. Dans une deuxième partie, nous analyserons les entretiens réalisés auprès d'acteurs d'un Centre Hospitalier (CH) ayant mis en œuvre des parcours de soins de patients et, les entretiens menés auprès d'acteurs d'une CHT, pour les confronter aux hypothèses. Une synthèse des résultats nous permettra de proposer, dans un troisième chapitre, des conditions nécessaires pour organiser et mettre en œuvre le parcours de soins du patient dans une organisation en CHT et, aborder le rôle du DS dans cette démarche stratégique.

# 1 Le parcours de soins du patient : un mode de prise en charge au sein d'une nouvelle organisation territoriale de la santé

## 1.1 Le parcours de soins : une notion au centre de divers concepts de prise en charge des patients

### 1.1.1 Le parcours de soins du patient : une notion à préciser

#### A) La définition

Le parcours de soins peut se définir comme un ensemble d'étapes que le patient va suivre tout au long de la trajectoire déterminée par sa maladie et par la spécificité de sa situation, depuis son admission à l'hôpital jusqu'à sa sortie, en passant par les différentes structures et professionnels qui assureront sa prise en charge. C'est pourquoi, chaque parcours de soins est individualisé et vise à donner une réponse adaptée aux besoins de l'individu, avec l'ensemble des composantes humaines, culturelles, sociologiques qui le structurent. « *Le parcours du malade à l'intérieur de l'hôpital s'apparente à une succession de pas japonais entre les différents « nœuds » fournisseurs de prestations de service<sup>4</sup>* ». Si certains parcours de soins peuvent rester simples en réponse à une pathologie «classique», de nombreux parcours sont complexes et renvoient à la notion de trajectoire, tel que décrit par J.P. CLAVERANNE ET C.PASCAL. « *Chaque patient suit au sein du système hospitalier une trajectoire propre qui ne se réduit pas au cours naturel de la maladie, mais qui est la résultante complexe des interactions des différents acteurs participant à la prise en charge de cette maladie, des actions qu'ils entreprennent pour tenter de maîtriser le déroulement et l'évolution naturelle de la maladie<sup>5</sup>* ».

#### B) Les enjeux

Le suivi de patients, plus particulièrement ceux atteints de maladies chroniques, constitue aujourd'hui la majeure partie des activités médicales, que ce soit en ambulatoire comme en établissements de santé. Le parcours de soins de ces patients s'étale dans la durée et fait appel à l'ensemble des compétences des différents professionnels intervenant dans la prise en charge. Les enjeux autour de ce dispositif se situent à deux niveaux : celui de la qualité de la prise en charge du patient et celui de la maîtrise des dépenses de santé.

---

<sup>4</sup> CLAVERANE J.P., PASCAL C., 2004, *Repenser le processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Paris : Editions Médica, 188 p.

<sup>5</sup> Le concept de trajectoire est décrit par CLAVERANE J.P., PASCAL C. *ibid.* d'après les travaux du sociologue STRAUSS A., 1991, *La trame de la négociation* (Textes réunis et présentés par I.Baszanger), Collection Logiques sociales, Paris : Editions de L'harmattan, 301 p.

L'objectif principal est d'assurer la continuité du parcours de soins, d'éviter la redondance d'exams inutiles et d'augmenter la qualité grâce à de l'information fiable et partagée, en temps réel. Il s'agit, également, d'asseoir l'organisation de la trajectoire suivie par le patient, en s'appuyant sur l'organisation graduée des soins fondée sur trois niveaux : l'accueil de proximité (urgences, soins médicaux spécialisés, accouchements simples, soins de longue durée), les soins de recours mis en œuvre au sein de pôles de référence (plateaux techniques plus spécialisés, comme la réanimation, les spécialités médicales et chirurgicales, la néonatalogie), et les soins très spécialisés mis en œuvre par le Centre hospitalo-universitaire et les instituts spécialisés.

Cependant, l'hôpital ne peut travailler isolément à l'organisation et à la mise en œuvre des parcours de soins des patients. Il doit s'inscrire dans les dispositifs existants ou à créer, en s'appuyant sur les réseaux de santé et sur les filières de soins organisées, sans négliger une articulation des compétences sanitaires avec celles des secteurs sociaux et médico-sociaux, comme le font depuis plusieurs années les réseaux de santé et les filières de soins.

### **1.1.2 La filière de soins et le réseau de soins : des formes organisées de parcours du patient**

Le réseau de soins et la filière de soins représentent des modes d'organisation pour la prise en charge des patients, définis dans les ordonnances du 24 avril 1996 et du 04 septembre 2003. Ce sont de nouvelles formes d'organisation, dont l'objectif est de favoriser la pluridisciplinarité et la collaboration des différentes structures de prise en charge tant en interne qu'en externe, au bénéfice du patient tout au long de sa maladie. Les réformes successives du système de santé français ont préconisé l'organisation de filières ou de réseaux permettant d'améliorer la prise en charge des patients.

#### **A) La filière de soins**

La filière de soins est un mode d'organisation interne à un établissement, qui peut se prolonger en externe à travers un réseau structuré ou informel. C'est avant tout une succession d'étapes de prise en charge visant à orienter la trajectoire du patient pour une meilleure qualité des soins, une meilleure utilisation des équipements et une prise en charge pluridisciplinaire. L'organisation en filière favorise la conciliation de deux logiques complémentaires : l'interdisciplinarité dans l'approche des diverses phases de la gestion de la maladie, avec la nécessité de disposer d'un interlocuteur préférentiel dans l'approche globale du patient. Les filières de soins ont pour objectif d'instaurer un continuum dans la prise en charge. La structuration des filières de soins se situe à un niveau territorial, intégrant un maillage des différentes structures et des multiples intervenants professionnels, dans le respect de la graduation des niveaux de prises en charge des patients.

## B) Les réseaux de santé

Un réseau est un ensemble de plusieurs personnes physiques ou morales, dispersées dans un territoire, de compétences différentes et complémentaires et qui agissent pour un objectif commun, selon des valeurs et des normes partagées, sur la base d'une coopération volontaire pour améliorer la prise en charge d'une communauté de malades. L'objectif principal des réseaux de santé est de coordonner les actions des professionnels. Le Code de la santé publique, dans son article L. 6321-1, définit les réseaux de santé comme ayant pour objet de « *favoriser l'accès aux soins, la coordination, la continuité ou l'interdisciplinarité des prises en charge sanitaires, notamment de celles qui sont spécifiques à certaines populations, pathologies ou activités sanitaires. Ils assurent une prise en charge adaptée aux besoins de la personne tant sur le plan de l'éducation à la santé, de la prévention, du diagnostic que des soins. Ils peuvent participer à des actions de santé publique. Ils procèdent à des actions d'évaluation afin de garantir la qualité de leurs services et prestations* ».

Depuis la fin des années 90, les pouvoirs publics accordent une place très importante aux réseaux de santé, dans l'amélioration de l'organisation de la réponse aux besoins de santé de la population. C'est ainsi qu'en 2007, nous comptons plus de 500 réseaux de santé participant à la prise en charge de plus de 200 000 patients. Même si les réseaux de santé occupent une place incontournable dans l'offre de soins, ils n'ont pas résolu les dysfonctionnements du système de santé, en raison de la persistance du cloisonnement entre les acteurs de santé et les établissements de soins.

### **1.1.3 Le parcours de soins coordonné : un dispositif obligatoire et défini par l'assurance maladie**

Instauré par la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie, le parcours de soins coordonné est un concept différent de celui que nous souhaitons observer dans cette étude. L'objectif est de rationaliser les différentes interventions des professionnels de santé, pour un même assuré, en plaçant le médecin traitant comme clé de voûte du dispositif de prise en charge et d'orientation du malade dans le système de santé<sup>6</sup>, dans un objectif premier de maîtrise des dépenses de santé.

Ce dispositif, même s'il n'a pas été réellement évalué en termes de performance économique et d'optimisation de la qualité de la prise en charge des patients, constitue un exemple d'organisation et de rationalisation du parcours de soins ; bien qu'il reste très centré sur la médecine ambulatoire. Les établissements de santé ont développé, au sein des communautés médicales, des réflexions pour construire des processus de prises en charge rationalisées de pathologies à partir de règles de bonnes conduites, appelées « chemins cliniques ».

---

<sup>6</sup> Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004.

#### **1.1.4 Le chemin clinique**

Le chemin clinique est un outil organisationnel multidisciplinaire permettant la gestion de la qualité des soins par la standardisation des processus. Il est démontré que la mise en place de chemins cliniques permet de diminuer la variabilité dans la pratique clinique. Selon la Haute Autorité en Santé (HAS), « *le chemin clinique est centré autour du patient, il a pour but de décrire, pour une pathologie donnée, tous les éléments du processus de prise en charge en suivant le parcours du patient. Cette méthode vise à planifier, rationaliser et standardiser la prise en charge pluridisciplinaire de patients présentant un problème de santé comparable. Elle repose sur la description d'une prise en charge optimale et efficiente à partir des recommandations professionnelles. Le chemin clinique peut être utilisé dans un établissement de santé, dans un réseau de soins ou dans le cadre de l'exercice libéral lorsque les professionnels se coordonnent entre eux*<sup>7</sup> ». Il est élaboré pour des pathologies fréquemment prises en charge dans l'établissement ou en pratique ambulatoire et permettant une prise en charge homogène.

Toutes ces modalités de prise en charge des patients participent à l'amélioration de la qualité des prestations et s'inscrivent dans une volonté de territorialisation de la santé, qui se manifeste par des coopérations hospitalières, telles que les CHT.

### **1.2 La territorialisation du système de santé : vers un nouveau mode de coopération entre établissements de soins**

#### **1.2.1 Historique de la coopération hospitalière**

Le regroupement des hôpitaux est un thème récurrent depuis de nombreuses années. La loi du 31 décembre 1970 avait prévu la création obligatoire de groupements inter hospitaliers de secteurs et de régions, pour permettre à tous les établissements de santé d'un territoire déterminé de se concentrer. Il s'agissait d'élaborer des solidarités éventuelles afin de diminuer les coûts de leurs services et pour optimiser les équipements dont ils pourraient mutualiser le fonctionnement. Peu de syndicats inter hospitaliers ont vu le jour (pas plus de 40). La loi de 1991 portant réforme de l'hospitalisation définissait, également, les modalités de coopération entre établissements. Avec la loi HPST, le regroupement prend une nouvelle dimension, car le législateur met en exergue les modalités de coopération entre établissements, sous la forme de Groupement de Coopération Sanitaire (GCS) et de CHT. Il privilégie cette dernière et autorise le directeur général de l'Agence Régionale de Santé (ARS) à en susciter la création.

---

<sup>7</sup> Agence Nationale de l'Évaluation et d'Accréditation en Santé (ANAES), Service évaluation des pratiques professionnelles HAS. Le chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité, Juin 2004. [Visité le 15 mars 2010], disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>

## 1.2.2 Les différentes modalités de coopération

### A) Définition de la coopération

La coopération est une forme de contrat par lequel un ou plusieurs établissements de santé, seuls ou, éventuellement, avec d'autres personnes publiques ou privées, s'engagent à mener ensemble une ou plusieurs actions de coopération, selon des modalités qu'ils fixent et dans le cadre des missions qui leur sont dévolues par le législateur<sup>8</sup>.

### B) Les trois formes de coopération

#### 1) Les groupements de coopération sanitaire

- *Le syndicat inter hospitalier* est le plus ancien cadre juridique, né en 1990. Il disparaît avec la loi HPST (Art. L. 6134-1 CSP),
- *Les groupements d'intérêt économique* et les groupements d'intérêt public ont été introduits par les ordonnances du 24 avril 1996,
- *Le groupement de coopération sanitaire* est une forme commerciale avec mise en commun des biens et moyens d'établissements de droit public et de droit privé, avec les mêmes règles de fonctionnement et de financement quelque soit leur statut juridique<sup>9</sup>. Créé en 1996 avec une évolution en 2003, il est doté d'une personnalité morale de droit public ou de droit privé et peut devenir employeur. C'est l'instrument privilégié de la coopération sanitaire public/privé et public/public. Il existe deux formes de GCS : le GCS de moyens et le GCS mutualisant des activités de soins, depuis la loi HPST.

#### 2) Les fédérations médicales inter hospitalières

Les Fédérations Médicales Inter Hospitalières (FMIH) s'adressent aux structures de droit public, elles ne constituent pas une personne de droit moral et visent à regrouper des activités hospitalières entre établissements.

#### 3) Les réseaux de santé

Le réseau de santé est une structure juridique dotée d'une personnalité de droit moral avec tous les cadres juridiques possibles. Tout réseau doit passer un Contrat Pluriannuel d'Objectifs et de Moyens (CPOM) avec l'Agence régionale de l'hospitalisation (ARH) et, désormais avec l'ARS.

## 1.2.3 La Communauté hospitalière de territoire

### A) Les objectifs de la communauté hospitalière de territoire

La finalité de la CHT est de « *mettre en œuvre une stratégie commune et de gérer en commun certaines fonctions et activités, grâce à des délégations ou des transferts de*

---

<sup>8</sup> Article L. 6111-1 et suivants du Code de la santé publique.

<sup>9</sup> Art. L. 6133-1 et s. Code de la santé publique.

*compétences entre les établissements et grâce à la télé médecine<sup>10</sup> ». L'objectif est de favoriser le développement de complémentarités et les rapprochements entre hôpitaux publics autour de projets pertinents en termes d'activité médicale, de taille des établissements et de flux de population.*

**B) Le fonctionnement d'une communauté hospitalière de territoire**

La CHT est un regroupement d'établissements publics de santé. Toutefois, le législateur prévoit « *qu'un ou plusieurs établissements publics médico-sociaux peuvent participer aux actions menées dans le cadre d'une convention de CHT* ». Ils sont, alors, considérés comme « membres associés » et ne peuvent donc pas négocier le contenu de la convention. La CHT est constituée à partir d'une convention, dont un ou plusieurs établissements qui postulent à sa création peuvent avoir l'initiative. La loi HPST prévoit « *la désignation d'un établissement siège qui doit être approuvée par les deux tiers au moins des conseils de surveillance représentant au moins les trois quarts des produits versés par l'assurance-maladie au titre de l'activité de médecine, chirurgie et obstétrique des établissements parties à la convention. En l'absence d'accord, le directeur général de l'ARS désigne l'établissement siège<sup>11</sup> ».*

#### **1.2.4 Les impacts de l'organisation en communauté hospitalière de territoire**

**A) L'organisation d'une communauté hospitalière de territoire**

Les membres de la CHT sont liés par une convention qui prend en compte la notion d'exception géographique, que constituent certains territoires et, qui est la résultante d'un travail de préparation en commun de l'ensemble des parties prenantes. Il s'agit de créer les conditions du succès d'une coopération, dont les bases doivent avoir suscité l'adhésion de l'ensemble des partenaires.

**B) La convention constitutive d'une communauté hospitalière de territoire**

L'article L.6132-2 du code de la santé publique définit le contenu de la convention de la CHT, dont les éléments sont les suivants :

- Un projet médical commun,
- Les modalités de mise en cohérence des CPOM, des projets d'établissement, des plans globaux de financement pluriannuels et des programmes d'investissement des établissements,
- Les modalités de coopération entre les établissements en matière de gestion et les modalités de mise en commun des ressources humaines et des Systèmes d'Information Hospitaliers (SIH),
- Les modalités de fixation des frais pour services rendus acquittés par les établissements en contrepartie des missions assumées pour leur compte par certains d'entre eux.

<sup>10</sup> Article L.6131-1 du code de la santé publique.

<sup>11</sup> Article L.6132-2 du code de la santé publique.

Le cas échéant, la convention décrit les modalités d'articulation entre les établissements médico-sociaux publics nommés à la convention, la composition du conseil de surveillance, du directoire et des organes représentatifs du personnel de l'établissement siège, comprenant chacun des représentants des établissements engagés.

C) Les instances propres à la communauté hospitalière de territoire

La loi HPST a prévu la création d'une « *commission de communauté* »<sup>12</sup>, chargée de suivre l'application de la convention. Elle est composée des présidents des conseils de surveillance, des présidents des Commissions Médicales d'Etablissements (CME) et des directeurs des établissements partenaires.

D) La communication des données de santé entre les établissements dans le cadre d'une CHT

La gestion en commun des activités dans le cadre d'une CHT s'appuiera notamment sur la « télé médecine ».

Pour conclure, nous pouvons avancer l'idée que les CHT devraient permettre de développer deux objectifs stratégiques majeurs pour l'efficacité du système de santé. D'une part, la mise en place d'une politique stratégique commune, créant des liens entre plusieurs établissements publics de santé, pour mieux répondre aux besoins de la population grâce à une meilleure répartition des activités médicales entre les différents établissements. Et d'autre part, l'amélioration de la gestion des flux des patients, en créant de véritables filières de soins, qui devrait faciliter l'élaboration de leur parcours et de la qualité de leur prise en charge.

### **1.3 Le parcours de soins : un outil de gestion de la qualité des soins et de la maîtrise des dépenses de santé**

#### **1.3.1 Le parcours de soins au service de la qualité de la prise en charge des patients**

Au sein d'une organisation dans laquelle de multiples professionnels sont susceptibles d'intervenir, le parcours de soins ne doit pas se traduire par une suite de ruptures et de reprises, notamment pour des patients fragilisés par l'âge et/ou par la maladie. La logique d'organisation du réseau de santé est un dispositif dont chacun des acteurs et des structures de santé doivent s'inspirer pour répondre, au mieux, aux besoins des patients tout au long de leur trajectoire de santé. Le principe de réussite de l'organisation de parcours de soins repose sur la communication et la coordination entre les différents acteurs et structures, ainsi que sur le développement d'outils de communication des informations relatives à l'état du patient et des modalités d'intervention de chacun. Ceci ne peut se faire sans la mise en place d'un système

---

<sup>12</sup> Article L.6132-2 du code de la santé publique.



d'information informatisé au niveau d'un territoire de santé et accessible par l'ensemble des professionnels impliqués dans la prise en charge du patient.

Aujourd'hui, le passage obligatoire du patient par un établissement de santé, et plus particulièrement par les urgences, semble révolu. La qualité de la prise en charge découle plus de la bonne orientation du patient dans le système de santé, vers la structure ou le professionnel, qui lui assurera une réponse adaptée à son problème de santé. Cette orientation n'est pas de la responsabilité exclusive de l'hôpital, elle peut être décidée au niveau d'un réseau de santé ou par un médecin traitant. Ceci sous-entend que les structures et les professionnels de santé susceptibles de prendre en charge ce patient soit connus et reconnus de tous, accessibles et disponibles, en toutes circonstances.

### **1.3.2 Le parcours de soins au service de la maîtrise des dépenses de santé**

Nous constatons en France, comme dans tous les pays industrialisés, une augmentation du recours aux services d'urgence des hôpitaux et un engorgement des structures d'aval, qui génèrent des coûts importants et peu justifiés au regard des besoins exprimés. Parallèlement, l'augmentation des maladies chroniques et du nombre des personnes âgées et dépendantes a des effets sur les dépenses de santé et demandent une adaptation de l'offre de soins. L'ensemble de ces facteurs a un impact direct sur l'augmentation des coûts de la santé, alors que notre système de santé est contraint à une maîtrise médico-économique de ses dépenses. Pour faire face à cette pression, la tendance actuelle est de « *mettre en place des modèles de financement contraignants qui régulent la demande (modèle du gardien de l'accès aux soins ou « gatekeeper » et non remboursement de certains traitements) et particulièrement l'offre de soins* »<sup>13</sup>. Or, une autre méthode pour maîtriser les dépenses et, surtout, adapter la réponse aux besoins de santé des patients est envisageable. La définition de parcours de soins à suivre par les patients, impliquant l'ensemble des acteurs des secteurs sanitaire, médico-social et social, permettrait d'organiser une prise en charge rationnelle.

Dans cette vision territoriale de la santé, l'hôpital est un maillon essentiel mais non indispensable et, surtout pas systématique, dans la réponse aux besoins de santé de la population. L'adaptation des réponses passe par une coordination des acteurs entre eux. Cette coordination doit, bien évidemment, exister au sein des établissements de santé, par une dynamique de coopération au sein des pôles d'activités, mais également en interpôles. Celle-ci passe par la définition de chemins cliniques et de filières de soins et, par un travail en interaction avec les réseaux de santé et l'ensemble des autres structures participant à la prise en charge globale des patients.

---

<sup>13</sup> GRIESSER AM., 2010, *Petit précis d'organisation des soins en interdisciplinarité*, Paris : Edition Lamarre, 206 p.

## **2 Le parcours de soins du patient : une étude au sein d'un centre hospitalier et une réflexion dans une communauté hospitalière de territoire**

Les objectifs de l'étude sont d'identifier les facteurs favorisant et les limites à l'organisation et à la mise en œuvre du parcours de soins du patient au sein d'une CHT. L'objectif est de faire des propositions en termes de modalités d'action pour faire coopérer l'ensemble des acteurs autour d'un objectif commun, dont le bénéfice sera la qualité de la prise en charge pour le patient et l'efficacité médico-économique pour les établissements. Les thèmes abordés, lors de l'enquête, ont été la mise en évidence de la plus-value de l'organisation du parcours de soins pour les patients, les facteurs favorisant une organisation cohérente du parcours de soins et les incidences du mode de coopération en CHT sur les structures et les professionnels impliqués.

Nous aborderons, donc, dans un premier temps la méthodologie de recueil des informations retenues, pour présenter les résultats obtenus et en déduire des propositions d'actions.

### **2.1 La méthodologie de recherche**

#### **2.1.1 L'outil sélectionné**

Une recherche bibliographique nous a permis, dans un premier temps, de cerner les champs et les concepts à prendre en considération pour notre étude. Une deuxième étape a consisté à définir les terrains d'enquête. Les CHT, étant encore peu nombreuses et très récemment implantées, la recherche ne pouvait se réduire à ce seul terrain. Il nous a donc semblé judicieux de recueillir des informations sur le parcours de soins du patient dans un CH et, d'enquêter auprès d'une CHT pour mettre en évidence les forces et les faiblesses d'une telle organisation au regard de notre sujet. Le choix de l'entretien semi-directif<sup>14</sup> s'est imposé de fait comme l'outil de recueil des informations le plus adapté aux éléments recherchés. Il permet de recueillir des informations sur les modes de fonctionnement des établissements, et de les faire expliciter par les personnes interviewées.

#### **2.1.2 La population choisie**

Les entretiens ont été réalisés auprès de professionnels de différentes catégories. Dans chaque site, les directeurs généraux, les directeurs de soins, les présidents de CME ont été interviewés. Dans le CH, deux parcours de soins ont été l'objet d'une étude avec des entretiens auprès de chaque médecin responsable de pôle, un médecin

---

<sup>14</sup> Cf. ANNEXES n° I et II - Grilles d'entretien auprès des acteurs du CH et de la CHT

particulièrement impliqué dans le parcours du patient, le cadre supérieur du pôle et un cadre de proximité.

### **2.1.3 Les limites de l'étude**

La jeunesse des CHT n'a pas permis de rencontrer des structures suffisamment avancées dans leur organisation pour saisir des informations étayées sur la mise en place des parcours de soins (la première CHT a célébré sa première année d'existence en mai 2010).

La CHT constituant notre lieu d'étude est encore en phase de mise en œuvre de la convention constitutive. Elle réunit trois établissements situés respectivement à trente minutes les uns des autres. Après un diagnostic sur les trois établissements, le projet d'établissement commun a été élaboré pour définir les grandes orientations de prise en charge des patients et les rôles respectifs de chacun des sites pour répondre aux besoins de santé de la population. L'organisation polaire est restée localisée sur chaque site et les filières de soins n'apparaissent pas totalement mutualisées. La réflexion sur l'organisation des parcours de soins des patients n'est pas entamée, elle interviendra ultérieurement dans l'avancée des nombreux projets à décliner dans une CHT.

Cependant, l'ensemble des entretiens a pu enrichir la réflexion sur notre sujet d'étude. Les réponses obtenues ont permis, par croisement, de mettre en évidence des conditions favorisant la mise en place de parcours de soins dans un contexte de coopération hospitalière, de type CHT.

## **2.2 Le diagnostic de terrain**

### **2.2.1 Un processus opérationnel mais peu formalisé au sein d'un centre hospitalier**

#### **A) L'exemple du parcours de soins en psychiatrie**

Au sein de l'établissement qui a fait l'objet de notre étude, le parcours de soins en psychiatrie n'est pas formalisé, mais suffisamment organisé car réglementé par la loi sur la sectorisation géographique<sup>15</sup>. En effet, comme dans l'ensemble des services de psychiatrie, c'est le secteur qui détermine les structures intra et extrahospitalières de référence pour chaque patient. Par ce fait, le parcours de soins est individualisé, en raison d'une orientation systématique du patient vers les structures de référence et par l'existence d'une palette de structures composant l'offre de soins en psychiatrie. Par ailleurs, le protocole d'admission a été défini par chaque structure du pôle de psychiatrie. L'entrée peut s'effectuer par l'unité d'urgences psychiatriques, par une entrée directe

---

<sup>15</sup> Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique. Version consolidée au 22 juin 2000.

dans les unités d'hospitalisation pour les patients connus ou par une consultation dans l'unité extra hospitalière pivot de l'organisation, qu'est le centre médico-psychologique (CMP). C'est ainsi que dès le début de la prise en charge, le patient est orienté vers la structure de soins adaptée à son état de santé, et que son parcours de soins est organisé et orienté en fonction de l'évolution de sa pathologie.

En raison de la particularité de la prise en charge en psychiatrie, centrée sur le maintien du lien avec le patient et la volonté de ne pas les « perdre de vue », le parcours de soins est pensé et réfléchi régulièrement, dans un dispositif organisé et basé sur le partage d'informations inscrites au sein d'un dossier patient commun<sup>16</sup>. Des rencontres entre les professionnels impliqués dans la prise en charge soignante, appelées « réunions de synthèses », sont organisées entre les différentes structures intra et extrahospitalières, de manière hebdomadaire, pour réfléchir et organiser le devenir du patient. Ces échanges sont favorisés par un travail en réseau des médecins et des soignants sur les différentes structures, dans lesquelles ils interviennent à temps partiel. Cet objectif de mutualisation des connaissances relatives aux patients pris en charge sur les secteurs est renforcé par la diffusion des mouvements des patients, sur l'ensemble des structures du pôle, par la messagerie interne de manière quotidienne.

L'ensemble de ces facteurs organisationnels favorise le partage des informations sur les patients entre les différents professionnels. Ils permettent de formaliser un projet de soins individualisé se déclinant à travers le parcours de soins. Dans un contexte de pathologies chroniques, comme celles rencontrées en psychiatrie, ce mode d'organisation assure la continuité de la prise en charge, par la déclinaison d'un parcours de soins adapté à l'histoire du patient, à son état actuel de santé et à ses besoins en termes de devenir.

#### *B) L'exemple du parcours de soins en gériatrie*

Au sein de l'établissement qui a fait l'objet de notre étude, le parcours de soins en gériatrie est bien formalisé. Il est structuré par une organisation graduée des unités dans le pôle de gériatrie, par la présence d'une équipe mobile de gériatrie se déplaçant aux urgences et dans les différentes unités et, par l'existence d'un réseau de santé gériatrique associant deux établissements de santé et de multiples structures sanitaires, médico-sociales et sociales. Une véritable organisation en filière et un réseau de santé gériatrique<sup>17</sup> ont été mis en place sur le territoire, sur une durée d'environ dix ans. Aujourd'hui, le dispositif est capable de prendre en charge les « petites dépendances », comme les problèmes sociaux ou encore les situations spécifiques et la vulnérabilité. Le recours à l'hospitalisation via les urgences n'est plus systématique. Des hospitalisations

---

<sup>16</sup> Cf. ANNEXE III – Dossier patient commun du patient pris en charge en psychiatrie.

<sup>17</sup> Cf. ANNEXE n°IV – Réseau gérontologique support de la prise en charge des patients en gérontologie.

programmées sont organisées et le maintien à domicile, avant l'hospitalisation, est possible avec le recours à une équipe assurant des soins infirmiers de nuit à domicile.

L'initiateur est, dans cette situation, le médecin responsable du pôle de gériatrie qui a la particularité d'avoir un profil atypique de médecin n'ayant pas une carrière exclusivement hospitalière. Généraliste pendant plus de dix années, responsable d'une maison de retraite, coordonnateur d'une fédération de service de soins infirmiers et d'aide à domicile (SSIAD), il possède une bonne connaissance du contexte et des besoins locaux en gérontologie. Il a développé des liens étroits avec le secteur de gériatrie de l'établissement hospitalier le plus proche, qui se sont concrétisés, il y a trois ans, par une FMIH mettant en lien les deux pôles de gériatrie avec une mutualisation des équipes géronto-psychiatrique et d'évaluation mémoire.

Afin de compléter les réponses nécessaires à l'élaboration de parcours de soins personnalisés, des liens se sont tissés avec les structures extrahospitalières assurant des activités de prises en charge des patients âgés, comme les SSIAD, l'hospitalisation à domicile (HAD), des associations gérant des auxiliaires de vie, le centre communal d'action sociale (CCAS) de la commune, des médecins et des infirmiers libéraux. L'organisation s'est enrichie, au fil du temps, d'une équipe de soins infirmiers de nuit portée par le SSIAD et assurant 5800 interventions par an pour un coût de cinquante euros par personne, de deux Comités Locaux d'Information et de Coordination (CLIC) et d'une maison d'accueil pour patients atteints de la maladie d'Alzheimer.

La communication entre les acteurs se fait naturellement, grâce à une bonne connaissance du dispositif par chacun et, par une reconnaissance des rôles et missions de tous. Une équipe mobile d'évaluation gérontologique facilite la structuration et l'orientation du parcours de soins de chaque patient âgé pris en charge à l'hôpital, que ce soit au moment de l'admission aux urgences comme au cours de l'hospitalisation dans les unités. Cette équipe réalise, également, des déplacements au domicile des patients identifiés par le CLIC ou les autres structures extrahospitalières. Des outils ont été élaborés, en concertation, pour assurer la communication entre les différents intervenants : un dossier patient commun circulant du domicile vers l'hôpital et les structures sociales et médico-sociales et, une grille d'évaluation gériatrique commune.

L'ensemble du parcours de soins du patient en gériatrie est conçu dans la volonté d'assurer une prise en charge adaptée et complète, permettant d'assurer à la fois un dépistage des personnes vulnérables et un suivi des patients fragilisés tout au long de leur parcours de soins et de vie.

## **2.2.2 La plus value d'une organisation du parcours de soins et ses limites au sein d'un centre hospitalier**

Les deux exemples de parcours de soins, bien que particuliers, permettent de tirer des conclusions plus générales de ces organisations. En premier lieu, il semble important de mettre en évidence que, dans le cadre d'une telle organisation, la prise en charge ne s'inscrit pas dans un système de concurrence entre les intervenants et les structures, mais comme une source de complémentarité et d'enrichissement au service du patient.

La plus value de l'existence d'un parcours de soins est de permettre une réponse adaptée, à proximité de son domicile, efficiente en qualité et en coût. Le parcours de soins est un outil au service du patient, mais également des professionnels, qui permet de répondre à des situations complexes nécessitant l'intervention coordonnée de multiples acteurs.

L'enjeu principal de ce type d'organisation est de structurer le parcours de soins sur l'ensemble de l'établissement, au sein des pôles comme en transversal, en interpôles, afin de garantir la fluidité et l'efficacité de la prise en charge des patients. L'existence de professionnels ou d'unités en position transversale est intéressante pour avoir une vision globale de la situation du patient et orienter celui-ci vers le bon intervenant ou la structure adaptée. Ceci permet, également, d'organiser la coordination des différentes interventions au sein de l'hôpital et à l'extérieur pour organiser l'amont et l'aval de l'hospitalisation.

Nous avons identifié trois grandes limites à l'organisation de parcours de soins :

- Cette démarche tient à la volonté d'une implication d'acteurs locaux motivés, gênant la modélisation intégrale des expériences locales,
- La déficience de coordination entre les intervenants et les structures représente un frein susceptible d'entraîner des retards dans la prise en charge, voire un défaut de qualité pouvant générer une perte de chance pour le patient. La carence de coordination peut relever du fait des intervenants eux-mêmes, être liée à une absence d'outils de communication et de liaison entre les structures et intervenants ou à un manque de procédures relatives aux missions respectives de chacun dans le parcours de soins du patient,
- Un tel dispositif engendre une lourdeur de la gouvernance liée à l'alliance de structures diverses et des professionnels issus de milieux différents, dont les activités respectives ne permettent pas des échanges aisés sur les difficultés rencontrées face à certaines prises en charge de patients ou encore à propos d'évolutions de fonctionnement à envisager.

Lorsque l'organisation d'un parcours de soins associe des acteurs hospitaliers et extrahospitaliers, dont les modes de fonctionnement et de financement se percutent, le pilotage se complexifie et alourdit la réactivité des réajustements.

### **2.2.3 Les forces et faiblesses de la communauté hospitalière de territoire pour organiser et faire vivre le parcours de soins : témoignage des acteurs**

La CHT constituant notre lieu d'étude comprend 2100 lits et emploie environ 4000 agents. Sa forme juridique est un GCS, qui a pour objet de faciliter, d'améliorer ou de développer l'activité de ses membres. Sa particularité est d'avoir, à sa tête, un directeur général de la CHT et un directeur délégué affecté sur chacun des établissements membres. Une répartition des grandes orientations en matière de prise en charge de patients a été réalisée, dans le respect de la graduation des soins et du maintien d'une offre de soins de proximité. Pour les activités « en doublons », des accords ont été négociés avec les médecins concernés pour réorganiser le fonctionnement sous forme de conventions simples, de fédérations inter hospitalières et d'équipes médicales communes.

Un plan d'action relatif à la mise en œuvre opérationnelle des coopérations a été lancé. L'objectif est de donner du sens et de la réalité à la CHT, pour l'ensemble des acteurs impliqués. La démarche s'est appuyée sur une volonté de transparence dans la communication et la circulation de l'information, qui s'est manifestée à travers de nombreux gestes symboliques, comme l'organisation des réunions alternativement sur les différents sites et la création d'un comité de pilotage, avec la participation des partenaires sociaux.

Actuellement, le projet de mise en œuvre de la CHT avance à des vitesses différentes selon les volets concernés. Le projet médical commun a été validé et a permis la mise en place d'équipes médicales communes aux trois établissements, pour certaines activités, et l'amorce de construction de filières de soins. Ce travail progressif, basé sur le principe « gagnant /gagnant » pour les acteurs, a été facilité par l'existence de quatre FMIH entre les deux établissements principaux de la CHT, depuis une dizaine d'années. Ainsi, une mutualisation des compétences et des rapprochements entre les établissements existaient au préalable à la CHT. Par ailleurs, le schéma directeur informatique reste un point sensible, notamment pour ce qui concerne le logiciel support du dossier patient informatisé (DPI).

Les réactions des personnels sont un élément à considérer pour évaluer les forces et les faiblesses d'une organisation en CHT. Ces réactions sont différentes selon les acteurs et leurs fonctions dans les établissements : les soignants sont en attente de la concrétisation de la coopération, les médecins sont partagés entre investissement dans les restructurations et passivité voire résistance aux projets, les directeurs adjoints apparaissent méfiants en raison de la mutualisation au sein de l'équipe de direction commune et, les DS et les présidents de CME sont restés en poste respectivement sur leur établissement.

Les DS de chaque site ont engagé un travail commun sur différentes thématiques concernant les activités de soins et visant à harmoniser les pratiques. Ils signalent des

difficultés de plusieurs ordres : des différences de pratiques professionnelles entre les différents établissements et des relations interpersonnelles plus ou moins facilitantes, un manque d'outils de communication communs ne facilitant pas l'instauration d'une cohésion dans les modes de prise en charge des patients et l'existence de jeux de pouvoirs entre les acteurs qui génèrent des incompréhensions et des retards à la prise de décision.

Les DS expriment des effets positifs à telle une organisation pour les patients, qui se manifestent par l'amélioration de la qualité des prises en charge. Elle est liée au partage des compétences entre les sites et à l'aisance des transferts des patients d'une structure à une autre. Les DS signalent, d'ailleurs, que leur positionnement institutionnel avait déjà beaucoup évolué avec l'instauration des pôles d'activités, vers une fonction de coordination plus transversale. La constitution de la CHT a conduit à poursuivre la réflexion collégiale sur les soins, qui doit aboutir à l'élaboration d'un projet de soins commun pour la CHT. Le circuit du patient sera un des axes majeurs du projet, avec la recherche d'une harmonisation des pratiques soignantes et de mutualisation des compétences existantes.

### **2.3 Synthèse de l'étude**

Au regard de l'étude menée sur le terrain, l'existence de parcours de soins pour les patients représente sans conteste une plus-value, en termes de qualité et d'efficience de la prise en charge. Cette démarche implique une structuration s'instaurant dans le temps et nécessitant un fort investissement d'acteurs volontaires et motivés par l'amélioration de la qualité, de la fluidité et de l'efficience de la prise en charge des patients. L'organisation du parcours de soins s'appuie sur la définition de chemins cliniques et sur la construction de filières de soins. Ce dispositif permet de répondre aux prises en charges complexes et pluridimensionnelles des patients atteints de pathologies chroniques ou des patients âgés, handicapés et polyopathologiques. Il facilite, également, la réponse aux besoins de patients ayant des problématiques plus « simples », mais nécessitant une organisation de leur trajectoire en amont et en aval de l'hospitalisation. L'existence d'une offre de soins diversifiée au sein d'un établissement et la complémentarité entre structures d'un même territoire, tout comme la présence de réseaux de santé, représentent des appuis certains au dispositif, à travers la mise en lien des divers acteurs et structures intervenants. Enfin, la réussite d'un parcours de soins réside dans la bonne coordination des différentes interventions des professionnels dans le temps et dans l'espace, afin de garantir une efficience de la prise en charge.

Une organisation en CHT présente, de prime abord, de nombreux avantages en termes de réponse à l'organisation des parcours de soins des patients, d'offre de soins et de mutualisation des compétences. Or les constats issus de l'enquête de terrain mettent



en évidence certaines difficultés dans la mise en œuvre d'un partenariat et d'une collaboration entre les acteurs, qui génèrent des résistances aux changements et des freins à l'implication dans les réorganisations des modalités de prise en charge des patients. D'autre part, la mise en œuvre d'une CHT nécessite la déclinaison d'une stratégie visant à rassembler les conditions préalables à la collaboration entre les professionnels des différents sites : un projet médical commun, la recherche d'une interopérabilité des SIH et le développement d'une politique d'accompagnement des soignants à ce nouveau mode de fonctionnement en coopération, assurée par les DS. Par ailleurs, l'organisation en CHT révèle certaines difficultés potentielles en termes de tension sociale et de complexité inhérente à un rapprochement qui n'est pas une fusion. Ceci génère des conflits d'intérêts et de la résistance aux changements, peu favorables à un travail en coopération et en complémentarité. La prise en compte de l'ensemble de ces paramètres est nécessaire dans la perspective de la mise en place de parcours de soins des patients.

Fort de ce constat, nous pouvons envisager les conditions qu'il nous semble nécessaire de réunir pour mettre en oeuvre le parcours de soins du patient, dans le cadre d'une CHT.

### **3 Les conditions requises pour organiser et mettre en œuvre le parcours de soins du patient dans une organisation en communauté hospitalière de territoire**

Le DS, en tant que membre de l'équipe de direction et par les missions qui lui sont dévolues<sup>18</sup>, a un rôle à jouer pour faire du parcours de soins du patient un objet de rencontre et de coopération des divers professionnels, travaillant au sein d'une CHT et intervenant dans la prise en charge des patients.

Dans ce contexte spécifique, nos préconisations se situent à un niveau, à la fois, stratégique et opérationnel autour de trois axes : la recherche de la coopération des professionnels conjuguée à la formalisation des processus et à la mise en place d'un SIH performant, l'usage de la négociation comme mécanisme facilitant la collaboration des acteurs au sein d'une organisation et le rôle du DS comme acteur de communication en intra et en extrahospitalier au service du parcours de soins du patient.

Ces préconisations restent prédictives en raison de l'absence de témoignage de formalisation et de mise en œuvre de parcours de soins au sein de la CHT enquêtée et du manque de recul, dû à la récente création de ce mode de coopération hospitalière.

#### **3.1 Le parcours de soins du patient : dénominateur et objectif communs à l'ensemble des professionnels hospitaliers**

##### **3.1.1 Le parcours de soins du patient : un objet de rencontre des pratiques professionnelles, des valeurs et de la culture de chaque établissement**

Le parcours de soins est une forme de prise en charge « concertée », que le dictionnaire Larousse définit comme « *l'action qui résulte d'une entente ou ayant fait l'objet d'un accord de toutes les personnes en cause* ». L'organisation du parcours de soins nécessite d'articuler, coordonner et mobiliser les professionnels, dans le but de rationaliser les approches du soin par l'ensemble des acteurs. Cette nécessaire coordination des actions implique une rencontre et une confrontation des différentes pratiques, valeurs et cultures qui sous tendent les interventions de chacun. Dans le cadre d'une CHT, les difficultés rencontrées sont souvent issues de la confrontation de ces différences. Si une institution a la volonté de faire fonctionner les acteurs et les structures dans un modèle de communauté, il lui faut trouver un objet de ralliement du collectif qui soit, suffisamment, neutre, porteur de projet et de satisfaction pour chacun des partenaires.

---

<sup>18</sup> Article 4, Décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

Le patient, pour qui l'ensemble des professionnels opère au quotidien, est le dénominateur commun, qui peut rassembler et mobiliser autour de lui. C'est pourquoi, il nous semble pertinent que les DS proposent de réunir les acteurs autour de l'organisation du parcours de soins du patient, qui constitue un moyen d'expression d'une culture d'établissement et donne du sens aux activités. Les compétences collectives sont, donc, ainsi mises au service des besoins du patient, au-delà des querelles de pratiques et de valeurs. L'enjeu pour les DS est de faire connaître et reconnaître les compétences de chacun et de structurer les interventions des différents professionnels « au bon moment et au bon endroit », avec une volonté de complémentarité et non de concurrence, au nom de la continuité et de la qualité des soins.

Cette démarche n'a de sens que si les DS de chaque site ont fait la démarche préalable demandée aux professionnels : s'être réunis, avoir mené une réflexion sur les points communs et les divergences des projets de soins de chaque établissement et avoir défini, avec l'ensemble des acteurs impliqués, un projet de soins commun à la CHT résultant d'un consensus réel. Le projet de soins, assis sur le projet médical et le projet d'établissement, devient ainsi le garant de la qualité et de la cohérence du processus de prise en charge des patients, quel que soit le lieu d'hospitalisation au sein de la CHT. Il donne du sens aux actions et vise le partage des expériences et des diverses pratiques.

La recherche de convergence des pratiques, des valeurs et de la culture s'appuie sur une organisation des réunions institutionnelles alternativement sur chacun des sites de la CHT. Ces réunions peuvent avoir pour objet des réflexions sur des problématiques de prises en charge partagées, des témoignages d'expériences d'unité de soins ou de travaux menés par les commissions transversales, telles que le Comité de Lutte contre la Douleur (CLUD), le Comité de Liaison Alimentation et Nutrition (CLAN), le Comité de Lutte contre les Infections Nosocomiales (CLIN)...La rencontre des « différences » peut, également, s'appuyer sur l'organisation d'échanges des professionnels entre les différents sites, sur la base du volontariat. Ces échanges doivent avoir pour socle des projets de partage d'expériences et d'enrichissement des pratiques professionnelles à propos de prises en charge, telles que l'éducation thérapeutique, la lutte contre la douleur, des pathologies nécessitant une prise en charge partagée sur plusieurs sites...

La Commission de Soins Infirmiers, de Rééducation et Médico-Technique (CSIRMT) peut constituer un espace d'échanges, au service de la rencontre des pratiques professionnelles, des valeurs et de la culture de chaque établissement. Les DS peuvent envisager des rencontres régulières des membres de la CSIRMT de chaque site, pour créer des liens et engager des réflexions communes sur des thématiques transversales ou communes pour rechercher une harmonisation des pratiques et des procédures. A terme, une fusion des CSIRMT peut être prévue, afin de composer une réelle cohésion au sein de la communauté soignante et constituer, ainsi, une source de

propositions et de pouvoir pour faire évoluer les pratiques professionnelles au sein de la CHT.

Enfin, l'organisation de formations communes aux professionnels des différents sites de la CHT est une piste intéressante. Cette démarche permet de faire se rencontrer les points de vue et d'engager une cohésion de groupe à travers le partage d'expériences, de valeurs, de connaissances et de compétences, ce qui appuie la volonté d'instaurer la complémentarité plutôt que la concurrence.

### **3.1.2 Le parcours de soins du patient : la nécessité de mise en œuvre de processus formalisant l'organisation et l'évaluation de son efficacité**

Le fonctionnement et l'analyse d'un parcours de soins ne se limitent pas aux critères classiques de fonctionnement des structures. Il importe d'utiliser des indicateurs permettant d'évaluer les interfaces et les procédures de passage d'une modalité de prise en charge à une autre, afin d'assurer la continuité du parcours. L'enjeu de l'élaboration, l'organisation et la mise en œuvre de parcours de soins réside dans la clarification des champs et des limites d'intervention de chacun des acteurs, qui passe nécessairement par la formalisation. Celle-ci peut prendre différentes formes, cependant la définition de processus semble composer la forme la plus adaptée et la plus simple pour assurer le fonctionnement d'un tel dispositif.

Le processus peut être défini comme une série d'activités, ayant pour objectif la production d'un résultat, et réalisées par un ensemble organisé de ressources<sup>19</sup>. Dans le domaine des soins, le processus est l'ensemble des activités ayant pour objectif l'amélioration de l'état de santé ou de la qualité de vie des patients. L'objectif de la démarche d'élaboration d'un processus est de décloisonner le système de prise en charge des patients, pour faire collaborer à une ou plusieurs étapes les différents services et les acteurs des établissements. Cette démarche processus passe par un certain nombre de phases visant à faire émerger et clarifier les relations à entretenir entre les professionnels et les structures. Il s'agit, également, de définir les mécanismes de coordination à mettre en place pour garantir une prise en charge harmonieuse et surtout efficace, qui se modélisera sur le parcours du patient. La définition de processus nécessite d'avoir une vision transversale, qui se situe en intra institutionnel comme au niveau du territoire, afin de formaliser l'ensemble des interfaces nécessaires à la continuité des actions.

Cette démarche de formalisation doit, bien évidemment, se décliner pour l'ensemble des grandes typologies de prises en charge, notamment pour les patients atteints de pathologies chroniques et pour les personnes âgées et fragilisées. Pour

---

<sup>19</sup> CATTAN M., IDRISSE N., KNOECKAERT P., 1998, *Maîtriser les processus de l'entreprise*, Paris : Les Editions d'organisation, 332 p.

autant, il ne faut pas négliger les prises en charges dites « simples » comme les interventions chirurgicales, qui nécessitent également une rationalisation médico-économique et la recherche d'une efficacité qualitative pour le patient. Ce travail de formalisation est une phase extrêmement longue, mais indispensable pour impliquer et faire collaborer les acteurs dans le dispositif. Celui-ci devra être évalué à des délais réguliers et faire l'objet de réajustements, afin d'en assurer son efficacité, sa pertinence et sa performance, face à une évolution constante des besoins de santé de la population.

Le partage des connaissances, à propos de l'existant en matière de processus et de procédures de soins, entre les DS de la CHT, est essentiel pour garantir la réussite de la démarche de formalisation et d'organisation des parcours de soins des patients. C'est à partir de cette base de réflexion que s'assoie le vaste projet à entreprendre pour redéfinir l'ensemble des processus de soins mis en oeuvre, en transversalité, dans les unités de la CHT. L'enjeu pour les DS est de développer de nouvelles formes de travail en partenariat et de mettre en place un mode de management transversal, centré sur la coordination des différentes logiques professionnelles.

Cette approche doit s'inscrire dans un des axes du projet de soins et être formalisée dans une démarche projet déclinant les différentes phases de travail, les modalités de mise en oeuvre et de suivi permettant la déclinaison de l'ensemble des processus de soins. La mise en place de groupes de travail, composés de l'ensemble des catégories professionnelles de chaque site, dont des médecins, est essentielle pour garantir la réussite du projet. L'objectif attendu est de définir les processus de soins par types de prise en charge ou par filières de soins, en précisant l'enchaînement des activités, leurs objectifs et les interactions entre les différentes structures et acteurs concernés.

La démarche de définition des processus nécessite une évaluation ayant un double objectif : vérifier la validité des processus et s'assurer de l'adaptation facile et rapide des procédures aux évolutions des modalités de prises en charge des patients et des variations de leurs besoins en soins.

### **3.1.3 Le parcours de soins du patient : le nécessaire développement d'un système d'informations performant pour assurer la communication entre les professionnels**

Elaborer et organiser les parcours de soins des patients n'a d'intérêt que s'il existe un SIH performant, afin d'assurer la communication entre les acteurs, qu'ils soient proches géographiquement comme éloignés. Il s'agit, ici, d'un enjeu de taille, car le patient va circuler tout au long de son parcours de soins entre différentes structures qui ont besoin de détenir des informations sur son état, les examens réalisés, les diagnostics posés, les traitements en cours.... Le SIH permet, également, aux professionnels, de

sécuriser les soins en mettant en place des principes de sécurisation par différentes étapes de contrôle (check list...).

Les principes du DPI et de la télémédecine doivent être au service de la prise en charge du patient et de la fluidité de son parcours de soins. Ils favorisent la structuration du parcours de soins, par l'existence d'un support informatisé reliant plusieurs logiciels de gestion de la prise en charge, comme la prise de rendez-vous, la planification de l'hospitalisation ou de l'intervention, le partage du dossier patient, l'accès aux examens et à l'imagerie...que ce soit en interne à l'établissement, comme en externe pour les structures extrahospitalières et la médecine de ville.

L'harmonisation des SIH au sein d'une CHT est un réel enjeu qui nécessite des moyens financiers importants au service d'une stratégie et d'une politique institutionnelle. Le rôle du DS est de participer à la réflexion stratégique quant aux choix des outils de communication entre les logiciels existants au sein de chaque structure, au regard de leur opérationnalité pour les professionnels utilisateurs. Il s'agit, aussi, d'être présent lors des choix d'implantation de nouveaux logiciels, afin de veiller à ce que l'objectif visé apporte une amélioration pour la prise en charge des patients et pour les utilisateurs que sont les soignants.

## **3.2 La négociation : une démarche et un outil au service de la collaboration et de la coopération entre les professionnels autour du parcours du patient**

### **3.2.1 La négociation : un art difficile mais nécessaire**

Les nombreuses définitions de la négociation ont en commun de présenter celle-ci comme s'apparentant « *toujours à une confrontation pacifique destinée à aménager un arrangement entre des protagonistes (adversaires ou partenaires), ramené le plus souvent à un compromis<sup>20</sup>* ». Il apparaît également important de prendre en compte l'environnement social dans lequel la négociation intervient, notamment lorsqu'elle s'impose dans le champ des organisations. En effet, toute négociation implique des acteurs avec leur personnalité, qui mettent en œuvre des jeux de pouvoir, de coalition, de politique et, des stratégies et des tactiques, dont il faut tenir compte pour mener à bien une démarche de transaction. Par ailleurs, la négociation s'inscrit dans un contexte spécifique et dans une temporalité, qui influent dans le déroulement du dispositif de négociation.

Dans un contexte hospitalier, l'objectif commun des professionnels est la prise en charge du patient, même si nous savons que chaque acteur développe des intérêts

---

<sup>20</sup> BELLENGER L., 2009, *La négociation*, Collection Que sais-je ?, Vendôme : Presses Universitaires de France, 127 p.

personnels et professionnels différents quant à la motivation à travailler dans l'établissement. Ces intérêts ont un impact sur la façon d'organiser et de coordonner les tâches qu'ils ont à effectuer, cependant la réalisation de ces activités requiert nécessairement la coopération des professionnels entre eux. Or cette indispensable coopération ne peut s'opérer sans une négociation préalable entre les parties.

MF. BURCKEL et JL. MULLER expliquent que la démarche négociatrice<sup>21</sup> ne résout pas facilement tous les problèmes, elle engendre des inconvénients, notamment en termes d'énergie psychologique, d'instabilité et de conflits latents. Cependant, elle comporte aussi des avantages qui sont : la créativité, l'innovation et l'expression, la synergie, la complicité et le respect mutuel en cas de conflits.

Ayant pris conscience de ces éléments, les DS d'une CHT possèdent de nombreux atouts pour mener à bien des démarches de négociation et pour faire collaborer les professionnels intervenant dans la prise en charge des patients. Issus de professions de santé et ayant exercé dans les unités de soins, les DS détiennent une expérience certaine de la complexité de l'organisation des soins, à mettre au service de l'institution et des patients. En effet, la particularité des soins est qu'ils s'inscrivent dans la continuité et non dans une linéarité. Ils peuvent être prodigués de manière isolée, simultanée ou en alternance, ce qui nécessite la formalisation dans un parcours de soins personnalisé conçu dans le cadre de négociations entre les intervenants, pour aboutir à un dispositif consensuel et connu de tous.

### **3.2.2 Négociateur pour établir la communication entre les acteurs et faire face à la résistance aux changements**

L'organisation des soins regroupe l'ensemble des structures, des mécanismes de coordination et des méthodes de travail permettant la prise en charge des patients. En ce sens, le parcours de soins s'inscrit comme un mode d'organisation de la prise en charge des patients. La communication et la négociation apparaissent, dans ce cas, indispensables pour réunir les conditions favorables à la mise en place de ce genre d'organisation et, notamment pour faire face aux phénomènes de résistances aux changements générées par une réorganisation en CHT. Selon A.STRAUSS, « *la négociation, la persuasion, la discussion, et l'enseignement sont les moyens principaux pour atteindre une articulation maximum [...]*<sup>22</sup> ». Dans le cadre de parcours de soins, il est essentiel que les informations nécessaires à la prise de décisions et à la dispensation des soins circulent entre les professionnels et qu'elles soient disponibles au bon moment, afin d'assurer une prise en charge adaptée et rassurante pour le patient.

---

<sup>21</sup> BURCKEL MF., MULLER JL., 1996, *Encadrement hospitalier – Un nouvel exercice du pouvoir*, Paris : Editions Hospitalières, 144p.

<sup>22</sup> STRAUSS A., 1991, *La trame de la négociation* (Textes réunis et présentés par I.Baszanger), Collection Logiques sociales, Paris : Editions de L'harmattan, 301 p.

Les objectifs des DS sont essentiellement de développer une politique de soins, de management et de communication qui vise à faire évoluer les conceptions des professionnels reposant jusqu'ici sur la volonté de répondre à l'ensemble des problématiques médicales des patients, sur un seul et même établissement. Il s'agit d'accompagner les cadres et les soignants vers l'acquisition d'une nouvelle culture du partenariat et de la complémentarité entre différentes structures hospitalières, mais également d'ouverture vers l'extrahospitalier pour concevoir la prise en charge des patients, tant en amont qu'en aval de l'hospitalisation. Cette politique de management commune aux établissements membres de la CHT peut se concrétiser par des réunions de cadres soignants communes, des réunions sur l'avancée des projets mêlant des cadres de chaque site et la déclinaison formalisée des objectifs institutionnels à poursuivre, notamment dans le projet de soins. Il s'agit, pour les DS, de donner du sens aux choix institutionnels à mettre en œuvre au sein des pôles et en interpôles et, de développer un travail reposant sur un esprit de responsabilisation et de coopération entre les unités de la CHT pour une efficacité médico-économique d'optimisation des ressources matérielles et humaines.

### **3.2.3 La négociation pour faire coopérer les acteurs dans une organisation et déjouer la complexité des soins**

La complexité d'une prise en charge en soins est liée à plusieurs caractéristiques dont il faut tenir compte pour mettre en œuvre une démarche de coopération entre les différents professionnels intervenant dans l'organisation des prestations de soins. Ces caractéristiques sont les suivantes :

- Les soins sont prodigués dans le cadre d'une double relation : entre le patient et les soignants et entre les différents soignants eux-mêmes,
- Les soins ont une prévisibilité limitée, mais la formalisation et l'organisation du parcours de soins du patient peut faciliter cette prévisibilité,
- Les soins comportent une diversité : ils sont techniques, éducatifs et relationnels...

Pour faire face à ces contraintes, les DS peuvent organiser des rencontres entre les soignants à propos des pratiques professionnelles et engager une réflexion sur les modalités d'évolutions de celles-ci, dans le cadre de la CHT. Ces échanges doivent être institutionnalisés dans un cadre officiel, afin d'avoir une valeur et une reconnaissance de l'ensemble de la communauté soignante et médicale. En ce sens, il est envisageable de procéder à des échanges professionnels entre les « sous-commissions qualité » de chaque site (CLIN, CLAN, CLUD...) et les équipes transversales (Equipe Mobile de Soins Palliatifs, Equipes Opérationnelle en Hygiène...). Dans un second temps, une fusion de ces « sous-commissions qualité » et des équipes transversales peut être envisageable au



niveau de la CHT. Ces rencontres peuvent avoir pour objectif de construire des outils de travail et des procédures communs, afin de faciliter la communication relative aux patients et le transfert d'une structure à une autre.

Il peut paraître opportun de positionner un coordonnateur par grands types de prises en charge ou de filières de soins, qui soit reconnu de tous et légitimé par ses compétences et sa connaissance du contexte. Son rôle serait d'être le pilote des groupes de réflexion pour l'élaboration des parcours de soins, de répondre aux situations complexes et d'organiser une entraide entre les différentes structures et les multiples intervenants dans la prise en charge du patient.

### **3.3 Le directeur des soins : un acteur central dans l'organisation du parcours du patient et du partenariat entre les acteurs**

Le concept de parcours de soins du patient avec ses différentes déclinaisons personnalisées, se situe au cœur des missions fondamentales d'une direction des soins<sup>23</sup>.

#### **3.3.1 Le directeur des soins en position transversale : un atout pour la communauté hospitalière de territoire en termes de coordination des interventions**

Le parcours de soins d'un patient comporte différentes phases qui doivent être anticipées et organisées, afin de faciliter l'intervention de chacune des structures et des acteurs impliqués. Il s'agit d'ordonner les interventions dans le temps et l'espace et, de définir les responsabilités de chacun, dans des procédures écrites en concertation, pour atteindre une validation permettant l'application effective des différents actes concourant à une prise en charge de qualité du patient.

Le DS, par sa connaissance du contexte du travail hospitalier et son expertise en organisation des activités, peut être le promoteur de la définition des parcours de soins des patients au sein de la CHT. Son rôle n'est pas d'organiser seul ces parcours, mais de savoir réunir les bons acteurs et de mettre en évidence l'intérêt de chacun à travailler en collaboration au service du patient. Il doit développer une politique de management de l'encadrement soignant visant le décloisonnement et la recherche de complémentarité à tous les niveaux. Il s'agit, également, d'associer intimement la communauté médicale à la démarche d'élaboration des parcours de patients, car ce sont les médecins qui recrutent et déterminent l'orientation de la prise en charge du patient tout au long de son parcours de soins. Que celui-ci soit déterminé à partir des chemins cliniques ou des filières de soins, selon les pathologies concernées, l'objectif est de décliner un parcours cohérent pour le patient et efficient en termes de qualité et de coût.

---

<sup>23</sup> BONATO A., novembre 2009, « La direction des soins, garante du parcours personnalisé de soins », *Revue Soins Cadres* n°72 - p. 26-27.

Le souci permanent du DS est d'organiser la coordination des interventions des différents acteurs et structures et, de viser l'harmonisation des pratiques. Pour cela, il peut s'appuyer sur un groupe de pilotage qui assure la gestion opérationnelle des différentes actions déclinées, à partir du projet médical et du projet de soins. L'enjeu est d'articuler les interventions de chacun dans le parcours de soins et de savoir laisser un espace de liberté pour adapter la prise en charge aux besoins spécifiques du patient, tout en conservant une coordination permettant de garantir une qualité, une efficacité et une sécurité des prestations de soins.

Le DS est, également, présent pour faire accepter le partage de la prise en charge du patient, aux équipes médicales et soignantes. C'est le principe de complémentarité qui est à développer et non celui d'hospitalo-centrisme et de la concurrence. Or, nos organisations actuelles par établissement et, désormais, par pôles d'activités comportent le risque majeur de « balkanisation », ce qui nécessite une supervision transversale visant la cohésion institutionnelle, que le DS peut assurer en complémentarité avec le président de la CME.

La coordination des soins est une question centrale lorsqu'il s'agit de gérer et de formaliser le parcours de soins des patients, qui implique une restructuration des organisations de soins dans les unités et un changement dans les pratiques, qu'elles soient médicales comme soignantes. Ces changements peuvent générer, dans les équipes, un sentiment de perte de contrôle de la prise en charge globale du patient, que des rencontres fréquentes entre les différentes équipes intervenant dans la prise en charge, peut améliorer.

Il ne s'agit pas de standardiser la prise en charge des patients atteints d'une même pathologie, mais d'améliorer la fluidité de la trajectoire de soins, la qualité de la prise en charge, en donnant au patient le meilleur de ce qu'il peut attendre d'un établissement de santé. Un autre enjeu majeur est de rationaliser la prise en charge, afin d'assurer l'efficacité des interventions et d'optimiser, voire réduire, les coûts des soins par une fluidification du parcours de soins du patient. Ceci résulte d'une organisation anticipée et adaptable au fil de l'évolution de l'état du patient. Cette démarche nécessite une réactivité de la part de l'ensemble des acteurs et des capacités à se coordonner pour réajuster rapidement le parcours de soins du patient. Le DS peut s'appuyer sur les équipes d'encadrement pour mettre en œuvre une nouvelle dynamique basée sur le partage, la coopération et la complémentarité. Son rôle est, alors, d'accompagner et de conseiller les cadres face à des situations difficiles, de les soutenir lors de propositions créatives et de savoir déceler les potentiels pour soutenir les professionnels engagés dans la CHT.

Dans le cadre d'une nouvelle organisation de ce type, le DS doit rechercher et soutenir la créativité et les initiatives soignantes visant à améliorer la coordination des

parcours de soins. Cette inventivité peut se manifester par le développement de nouvelles fonctions soignantes, telles que la mise en place d'infirmiers référents, dans certaines unités ou pôles, chargés de coordonner les interventions nécessaires à la prise en charge d'un patient au sein de la CHT. Par exemple, en cancérologie pour le dispositif d'annonce, dans le domaine de l'éducation thérapeutique pour les patients atteints de maladies chroniques, en chirurgie ambulatoire pour la programmation des hospitalisations...

Il peut être, également, être envisagé la mise en place d'une équipe médicale et paramédicale spécialisée et mobile sur la CHT, pour faciliter le décroisement des structures et améliorer, ainsi, l'orientation des patients et l'anticipation du retour à domicile.

### **3.3.2 Le directeur des soins : un acteur de communication et un promoteur de dynamisme au service des liens intra et extrahospitaliers pour l'organisation du parcours de soins du patient**

L'objectif de la mise en œuvre de parcours de soins pour les patients est d'assurer une prise en charge fluide, efficiente et sans perte de chance. Elle nécessite de définir au mieux les missions respectives de chacun des acteurs et d'articuler les interventions sur les différents sites, dans la continuité afin d'éviter les ruptures de prise en charge, sources de moindre qualité.

Le positionnement transversal et stratégique du DS lui permet de connaître les spécificités de chacune des unités de soins de la CHT, ce qui lui confère un rôle de coordinateur des organisations mises en place et de garant du respect des projets institutionnels. Cependant, cette fonction intra hospitalière tend à évoluer, notamment avec l'instauration des territoires de santé, sous l'égide de l'ARS et les objectifs de la loi HPST. Les établissements de soins doivent désormais s'ouvrir sur leur territoire de santé et chercher à travailler en complémentarité avec les structures sociales et médico-sociales, comme avec la médecine de ville.

Dans le cadre des parcours de soins, l'hôpital qu'il soit centre hospitalier ou CHT, doit coopérer avec les structures et intervenants situés en amont et en aval de la prise en charge hospitalière. Les liens avec les réseaux de santé, l'HAD, les médecins et les infirmiers libéraux et les établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) sont à maintenir ou à développer, selon l'état de l'organisation sur le territoire. Il s'agit de déployer une complémentarité, une approche pluridisciplinaire et pluriprofessionnelle visant à améliorer l'articulation, la coordination et la continuité des soins, pendant et en dehors de la période d'hospitalisation.

Le rôle du DS est alors de « sortir des murs » de l'hôpital pour aller à la rencontre de l'ensemble de ces professionnels intervenants dans la réponse aux problèmes de santé des patients, au sens large du terme (médicaux, psychologiques, sociaux,

dépendance...). Il s'agit d'entamer avec ces partenaires des échanges constructifs devant aboutir à l'élaboration de « contrats » définissant les missions respectives de chacun, dans un esprit de graduation de la prise en charge du patient. Ces démarches doivent se concrétiser par la mise en place d'un système de communication simple, entre l'intra et l'extra hospitalier, à l'aide d'un SIH performant et d'une lisibilité de l'offre de soins proposée au sein de la CHT. La communication régulière avec ces interlocuteurs doit être à l'initiative de l'hôpital et vise à faire le point sur les difficultés rencontrées, les évolutions en termes de prise en charge des patients et les projets à mettre en œuvre en commun pour améliorer la collaboration.

Le DS peut, en ce sens, être à l'initiative de la mise en place d'une politique volontariste d'ouverture de la CHT sur le territoire et vers l'ensemble des structures de santé qui le composent. Son positionnement stratégique dans l'équipe de direction et au conseil de surveillance peut lui permettre de proposer cette démarche au directeur général et au président de la CME. Il peut s'appuyer sur des arguments relatifs à la volonté de fluidifier le parcours du patient en amont et en aval de l'hospitalisation. L'appui d'un comité de pilotage et de suivi, associant des représentants de l'ensemble des partenaires impliqués, apparaît indispensable pour soutenir cette démarche innovante d'articulation entre l'hôpital, la ville et les diverses structures sociales et médico-sociales.



## Conclusion

Actuellement, le monde de la santé doit faire face à des changements majeurs relatifs à l'évolution des demandes et des besoins de soins et au contexte de modifications profondes en termes de financement et de recherche d'efficience, d'amélioration de la sécurité et de la qualité des soins.

Cette double contrainte nécessite des capacités d'adaptation pour les structures de soins dans le domaine des réorganisations internes et des rapprochements entre établissements, dans le but de potentialiser leur offre de soins. La loi HPST a pour objectif de moderniser le système de santé et de développer une logique de complémentarité, sur un territoire de santé. D'un espace de projet médical, le territoire devient un espace de gestion, de management et de synergies, dont le chef d'orchestre est l'agence régionale de santé. Dans ce réaménagement du système de santé, l'hôpital s'insère, mais ne demeure pas le seul acteur apte à répondre à l'évolution des besoins de santé de la population française.

La nouvelle forme juridique de coopération pour les établissements publics de santé, qu'est la communauté hospitalière de territoire, vise à permettre de mieux répondre aux besoins de santé, en permettant une plus grande souplesse d'organisation et de gestion. Cette recomposition doit faciliter le flux des patients par le développement de filières de soins et de complémentarité d'activités, rendus possible par le partage des ressources et par la mutualisation des compétences médicales et soignantes, entre les établissements. Le défi des communautés hospitalières de territoire est de faire évoluer les organisations de chaque site, dans un esprit de complémentarité et non de concurrence, pour répondre aux besoins de santé dans une logique de continuité des soins et de coordination des prises en charge.

Ce mode d'organisation peut constituer un modèle pour les professionnels, en les amenant à une nouvelle logique de fonctionnement fondée sur une culture du travail en collaboration, en coopération et en complémentarité. L'enjeu est de décroiser l'hôpital, à partir d'un sujet fédérateur qui est le patient, ses besoins de santé et la qualité des prestations qu'il est en droit d'attendre.

La législation a, par ailleurs, œuvré en ce sens en instaurant les procédures de certification des établissements de santé et l'exigence d'évaluation des pratiques professionnelles médicales et soignantes. Ces évolutions législatives et structurelles représentent une réelle opportunité, pour les équipes de direction, la direction des soins et la communauté médicale, afin d'amener les professionnels à réfléchir à l'importance de construire des parcours de soins pour les patients.

En tant que coordonnateur des soins<sup>24</sup>, responsable de l'organisation, de la cohérence et de la continuité des soins, le directeur des soins est légitimé dans son positionnement d'initiateur ou de co-pilote de l'élaboration des parcours de soins des patients. Il doit s'emparer de cette démarche pour développer une vision et une culture de la transversalité, une organisation s'appuyant sur une logique de raisonnement en processus et sur un esprit de complémentarité entre les professionnels. Ceci nécessite de la coordination entre les différents intervenants impliqués et de la négociation, pour engager les acteurs dans une dynamique opérationnelle, permettant de faire face à la résistance aux changements. Il s'agit, également, de développer une politique d'information et de communication, dont l'objectif est d'impliquer l'ensemble des acteurs et de mettre en exergue l'existence d'intérêts à agir et travailler ensemble, au service des patients et de la qualité des prestations de soins.

Le rôle du directeur des soins se situe, donc, à l'intérieur de la communauté hospitalière de territoire pour développer une politique managériale visant à donner du sens aux objectifs d'élaboration des parcours de soins et aux changements qu'ils induisent. Dans cet objectif, la collaboration du directeur des soins avec la communauté médicale est essentielle. Elle se situe au niveau stratégique avec le président de la commission médicale d'établissement et au niveau opérationnel avec les équipes médicales, pour accompagner le plan d'action à mener avec les équipes soignantes, pour apporter les conditions de la réussite des changements attendus.

Dans le cadre de l'élaboration des parcours de soins, il revient, également, au directeur des soins d'ouvrir son champ de communication vers l'extérieur et de développer une politique de partenariat, au niveau du territoire de santé, avec les acteurs extrahospitaliers des secteurs médico-sociaux et sociaux, ainsi que des réseaux de santé déjà existants. Il importe de compléter le dispositif, en amont et en aval de l'hospitalisation du patient, en recherchant de nouveaux partenaires. C'est ainsi que les parcours de soins seront opérationnels et efficaces tant pour les patients, en regard de la sécurité et la qualité des soins, que pour le système de santé en contribuant à la maîtrise des coûts de santé et à l'amélioration du maillage de l'offre de soins sur un territoire.

Il ne s'agit pas de standardiser la prise en charge des patients à travers des parcours de soins prédéfinis, mais d'optimiser les ressources humaines et matérielles par une mutualisation coordonnée et négociée entre les partenaires associés, au bénéfice d'une prise en charge personnalisée du patient.

---

<sup>24</sup> Décret no 2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeur des soins de la fonction publique hospitalière

---

# Bibliographie

---

## Textes législatifs et réglementaires

MINISTERE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE. Loi n° 85-1468 du 31 décembre 1985 relative à la sectorisation psychiatrique, Version consolidée au 22 juin 2000. Journal officiel de la République Française, du 01 janvier 1986, p. 6680.

MINISTERE DE L'EMPLOI ET DE LA SOLIDARITE. Décret n°2002-550 du 19 avril 2002 portant statut particulier du corps de directeurs des soins de la fonction publique hospitalière. Journal officiel de la République Française, n°95 du 23 avril 2002, p. 7187.

MINISTERE DE LA SANTE, DE LA FAMILLE ET DES PERSONNES HANDICAPEES. Loi n°2003-1199 du 18 décembre 2003 de financement de la sécurité sociale pour l'année 2004. Journal officiel de la République Française, n°293 du 19 décembre 2003, p. 21641.

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS. Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires. Journal officiel de la République Française, n°0167 du 22 juillet 2009, p. 12184.

## Ouvrages

ABBAD J., 2001, *Organisation et management hospitalier*, Condé-sur-Noireau : Editions Berger-Levrault, 417 p.

BALLE M., CHAMPION-DAVILLER MN., 2004, *Organiser les services de soins : le management par la qualité*, 2<sup>ème</sup> édition, Paris : Masson, 211 p.

BELLENGER L., 2009, *La négociation*, Collection Que sais-je ?, Vendôme : Presses Universitaires de France, 127 p.

BURCKEL MF., MULLER JL., 1996, *Encadrement hospitalier – Un nouvel exercice du pouvoir*, Paris : Editions Hospitalières, 144 p.



CATTAN M., IDRISSE N., KNOECKAERT P., 1998, *Maîtriser les processus de l'entreprise*, Paris : Les Editions d'organisation, 332 p.

CLAVERANE J.P., PASCAL C., 2004, *Repenser le processus à l'hôpital, une méthode au service de la performance*, Paris : Editions Médica, 188 p.

CUENDET G., UHODA G., *Conduire des équipes hospitalières*, Suisse : Les Editions d'Organisation, 107 p.

DUPOUY O., octobre 2009, *La réforme à l'hôpital (loi du 21 juillet 2009), Guides d'exercice professionnel des établissements sanitaires et médico-sociaux*, Condé-sur-Noireau : Editions heures de France, 134 pages.

GRIESSER AM., 2010, *Petit précis d'organisation des soins en interdisciplinarité*, Paris : Edition Lamarre, 206 p.

SAINSAULIEU I., 2006, *La communauté de soins en question*, Hollande : Editions Lamarre, 267 p.

STRAUSS A., 1991, *La trame de la négociation* (Textes réunis et présentés par I.Baszanger), Collection Logiques sociales, Paris : Editions de L'harmattan, 301 p.

THUDEROZ C., 2010, *Qu'est-ce que négocier ? Sociologie du compromis et de l'action réciproque*, Collection Des sociétés, Rennes : Presses Universitaires Régionales, 358 p.

<b>Articles de revues</b>
---------------------------

BARBEROUSSE P., PACAUD- TRICOT M., GROSSIN B., avril 2010, « SIH régional : l'expérience de la Franche-Comté », *Revue Gestions Hospitalières*, n°495, pp. 206-211.

BONATO A., novembre 2009, « La direction des soins, garante du parcours personnalisé de soins », *Revue Soins Cadres* n°72 - pp. 26-27.

DEFORGES J.C., novembre décembre 2006, « Qualité et performance », *Revue hospitalière de France*, n°513, pp.26-28.

GUERREIRO N., JACQUEMIN D., Trimestriel n°57, 2010, « Au cœur du travail social hospitalier : la négociation », *ETHICA CLINICA - Revue francophone d'éthique des soins de santé*, pp.31-37.

LUSSIER M.D., PACCALIN M., PORCHERON J.B., BEGUE R., HAAS A., mars avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie : prise en charge coordonnée sur un territoire de santé », *Revue hospitalière de France*, n°527, pp.30-34.

PENHOUE D., avril 2010, « Espace régional, territoires et systèmes d'information de santé », *Revue Gestions Hospitalières*, n°495, pp.201-205.

SIMON P., MICHEL R., avril 2010, « Télémédecine et aménagement du territoire sanitaire », *Revue Gestions Hospitalières*, n°495 avril, pp.223-227.

VIGNERON E., novembre décembre 2006, « Qualité et performance », *Revue hospitalière de France*, n°513, pp.57-62.

VINAS J.M., LARCHER P., DURIEZ M., septembre 1998, « Réseaux de santé et filières de soins », *Revue Actualités et Dossiers en Santé Publique*, n°24, pp.12-14.

ZAYNAB R., mai-juin 2009, « Managers de santé », *Le magazine du Syndicat national des cadres Hospitaliers*, n° 84, pp.14-17.

### Mémoires

BALLOUZ N., 2004-2005, « *Parcours de soins du patient hospitalisé et implication de l'entourage familial : quelle contribution pour la Direction des soins ?* », Filière directeur des soins, Ecole Nationale de la Santé Publique : Rennes, 63 p.

CONTE V., 2008, « *Optimisation du parcours de l'utilisateur à l'hôpital : un processus à construire. Rôle du directeur des soins* », Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique : Rennes, 37 p.

### Sites Internet

Haute Autorité en Santé, Service évaluation des pratiques professionnelles HAS. Le chemin clinique : une méthode d'amélioration de la qualité, Juin 2004. [Visité le 15 mars 2010], disponible sur Internet : <http://www.has-sante.fr>

Fédération Hospitalière de France, Les professionnels au service du parcours de soins grâce aux TIC, mars 2008. [Visité le 20 mars 2010], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr>

Fédération Hospitalière de France, Des communautés à construire ; novembre 2008. [Visité le 25 mars 2010], disponible sur Internet : <http://www.fhf.fr>

HOSPIMEDIA, Les conditions de la réussite, mai 2005. [Visité le 12 mars 2010], disponible sur Internet : [www.hospimedia.fr](http://www.hospimedia.fr)

---

## Liste des annexes

---

**ANNEXE I :** GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES ACTEURS DU CENTRE HOSPITALIER

**ANNEXE II :** GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES ACTEURS DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE

**ANNEXE III :** DOSSIER COMMUN DU PATIENT PRIS EN CHARGE EN PSYCHIATRIE

**ANNEXE IV :** LE RESEAU GERONTOLOGIQUE SUPPORT DE LA PRISE EN CHARGE DES PATIENTS EN GERIATRIE

## ANNEXE I

### GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES ACTEURS D'UN CENTRE HOSPITALIER

**L'organisation du parcours de soins du patient dans un établissement apporte une plus value pour les patients et pour les soignants, mais comporte également des limites dans la mise en œuvre des dispositifs**

1. Comment définiriez-vous le parcours du patient ?
2. Comment le parcours de soins du patient se décline-t-il dans votre pôle/votre service?
3. Quelle est la plus value apportée par le parcours de soins du patient apporte une plus value à la prise en charge du patient ? A-t-il également un impact sur le travail des professionnels de santé ?
4. Dans votre établissement/pôle/service, qui est à l'origine ou peut être à l'origine de l'organisation d'un tel dispositif ?
5. Quel est pour vous le rôle/la place du Directeur des soins dans l'organisation et la mise en œuvre du parcours de soins du patient ?
6. Quelles limites ou difficultés avez-vous rencontrées dans l'organisation et/ou la mise en œuvre d'un parcours de soins du patient ?
7. Quels sont leviers que vous avez utilisés pour faciliter l'organisation et/ou la mise en œuvre d'un parcours de soins du patient ?

**La cohérence globale du parcours de soins du patient dans un établissement dépend de l'organisation des structures et des professionnels**

8. Selon vous, quels sont les acteurs impliqués dans l'organisation et la mise en œuvre du parcours de soins du patient ?
9. Quel est votre rôle dans l'organisation et la mise en œuvre du parcours de soins du patient ?
10. Selon vous, de quelles compétences a-t-on besoin pour organiser et mettre en œuvre le parcours de soins du patient ?
11. Selon vous, qu'est-ce qui peut garantir la cohérence du parcours de soins du patient ?
12. De quelle nature sont les dysfonctionnements que vous avez constatés dans ce domaine ?
13. Quels sont les freins à l'organisation et à la mise en œuvre du parcours du patient ? De quelles natures sont ces freins ?
14. Quels sont les moyens de faire coopérer et collaborer les acteurs à ce dispositif de prise en charge ?
15. Existe-t-il, selon vous des outils, des dispositifs ou des méthodes qui facilitent la coordination du parcours de soins du patient ? Si oui, lesquels ?

## ANNEXE II

### **GRILLE D'ENTRETIEN AUPRES DES ACTEURS DE LA COMMUNAUTE HOSPITALIERE DE TERRITOIRE**

#### **Les CHT vont modifier les modes de fonctionnement des structures et des acteurs et influencer sur le parcours du patient et sur la qualité de la prise en charge**

1. La CHT est-elle synonyme pour vous de changements, de modifications dans le fonctionnement d'un établissement de soins ? Si oui, dans quel domaine ? Sur quel segment ? Pour qui ?
2. Selon vous, quels sont les objectifs poursuivis par la mise en œuvre de CHT ? Quels sont les bénéfices attendus pour les patients ?
3. Pour vous, la CHT représente-t-elle une plus value / une opportunité pour la qualité de la prise en charge des patients ? Si oui, à quel niveau ? Si non, pourquoi ?
4. Quelles difficultés majeures voyez-vous dans ce nouveau mode d'organisation des hôpitaux ?
5. La CHT aura-t-elle une influence sur le parcours de soins du patient ? Si oui, comment et pourquoi ?

#### **L'organisation du parcours de soins du patient dans un établissement apporte une plus value pour les patients et pour les soignants, mais comporte également des limites dans la mise en œuvre des dispositifs**

6. Comment définiriez-vous le parcours du patient ?
7. Avez-vous des exemples de parcours de soins du patient organisés au sein de votre établissement ?
8. Pensez-vous que l'organisation du parcours de soins du patient apporte un plus value à la prise en charge du patient ?
9. Quelles limites ou difficultés voyez-vous dans l'organisation d'un parcours de soins du patient au sein d'une CHT ?
10. Quels leviers voyez-vous dans l'organisation d'un parcours de soins du patient au sein d'une CHT ?

#### **La qualité du parcours du patient et de sa prise en charge dépend de la mise en place d'une organisation efficiente et de la coordination entre les différentes structures et acteurs agissant au sein d'une CHT**

11. Quels moyens envisagez-vous de mettre en œuvre pour garantir une organisation efficiente et transversale des activités de soins au sein de la CHT ?
12. Selon vous, quels sont les facteurs qui garantissent la cohérence du parcours de soins du patient ?
13. Quels moyens sont nécessaires, selon vous, pour organiser la coordination des différentes activités et des différents acteurs au sein de la CHT ?
13. Qui sont, selon vous, les acteurs impliqués dans l'organisation et la mise en œuvre du parcours de soins du patient au sein d'une CHT ?
14. Pensez-vous qu'il existe des éléments limitant dans l'organisation du parcours de soins du patient au sein d'une CHT ?
15. Qui sont, pour vous, les acteurs qui peuvent assurer le pilotage et l'évaluation du parcours de soins du patient au sein d'une CHT ?
16. Quels sont pour vous les facteurs qui peuvent faciliter la coordination du parcours de soins du patient au sein d'une CHT ?

# ANNEXE III (1)

**RECUEIL DE DONNEES EN PSYCHIATRIE**

RECUEIL DE DONNEES COMMENCE LE :	FINI LE :	DATE D'ENTREE :
IDENTIFICATION DU PATIENT :	INFORMATIONS RECUEILLIES PAR (nom et fonction) :	
ETIQUETTE :	INFIRMIERS REFERENTS :	
<div style="border: 1px solid black; width: 100px; height: 40px; margin: 0 auto;"></div>	AIDE-SOIGNANT AYANT COLLABORE :	
CHEF DE SERVICE :	MEDECIN RESPONSABLE :	
<p>MOTIF DE LA DEMANDE DE SOINS :</p>  <p>VECU DE LA PERSONNE EN REGARD DE LA SITUATION ACTUELLE :</p>  <p>VECU DE LA FAMILLE ET DE L'ENTOURAGE</p>		

ETIQUETTE :

**PRESENTATION DE LA PERSONNE**

Cible	OBSERVATION A L'ARRIVEE	HABITUDES DE VIE	CE QUE DIT LA PERSONNE ET SA FAMILLE (ressenti)
		Respiration :  Boisson et alimentation :  Elimination (selles, urines) :  Activités physiques, sport, loisirs :  Sommeil, repos :  Habitation :  Travail, occupations :  Assurer sa sécurité, éviter les dangers :	

**ANNEXE III (2)**

ETIQUETTE :

**SUIVI DE LA PRISE EN CHARGE**

DATE	ETAPES DE VIE, HISTOIRE DE LA MALADIE, DES SOINS INFORMATIONS COMPLEMENTAIRES	NOM	FONCTION	SIGNATURE

ETIQUETTE :

**COMMENTAIRES ET SYNTHESE DE L'INFIRMIER**

---

**PROBLEMES PRIORITAIRES A TRAITER (cibles) ET HYPOTHESES DE DIAGNOSTIC INFIRMIER**

SIGNATURE DE L'INFIRMIER (E) REFERENT : \_\_\_\_\_ DATE : \_\_\_\_\_

AIDE-SOIGN (E) AYANT COLLABORE : \_\_\_\_\_



### ANNEXE III (3)

Unité :

#### RESUME DE SORTIE (protocole provisoire de transmissions rapides)

Entrée le :  
Sortie le :

- Etiquette :
- Mode d'entrée : HO  HDT  HL
- Mode de sortie :
- Motif de l'hospitalisation :
- Antécédents importants :
- Psychiatre référent dans la structure :
- Soignants référents :
- Assistante Sociale référente :
- Interlocuteurs actuels (famille, tuteur, autres) :  
Tél. :
- Hébergement :
- Mode de vie :
- Mesure de protection :  
sauvegarde de justice  curatelle  tutelle
- Ressources financières :


- GESTION DU TRAITEMENT :
- ORDONNANCE REMISE AU PATIENT :
- PSYCHIATRE TRAITANT :
- MEDECIN GENERALISTE :
- PROCHAINE CONSULTATION (DATE ET LIEU) :
- INJECTION RETARD :
- DERNIERE EFFECTUEE LE :

#### RESUME DE SORTIE INFIRMIER

- CIBLES ET DIAGNOSTIC IDE :
- ACTIONS IDE :
- RESULTATS ET SOINS A POURSUIVRE :
- FAIT LE :  
PAR :

Service de Psychiatrie  
Octobre 1999, remise à jour mars 2002  
Groupe démarche qualité « accueil et sortie »

ANNEXE IV



**Association Gérontologique**

**Réseau JOSAPHINE**

Un réseau gérontologique dédié aux patients et aux professionnels


**Evaluation**

**Coordination**

**Expertise**

**Soutien**

**Suivi**



**Association Gérontologique**

**Réseau JOSAPHINE**

**Les actions du Réseau JOSAPHINE**

- Evaluation
- Coordination
- Expertise psycho-gériatrique et sociale
- Suivi
- Lutte contre l'isolement psycho-social
- Soutien aux familles et aux aidants
- Prise en charge de situations de crise
- Gestion et analyse des événements sentinelles

**Les objectifs de JOSAPHINE**

- Etablir une relation privilégiée avec les structures hospitalières
- Limiter les hospitalisations « sauvages »
- Coordonner les soins
- Aider les partenaires dans les situations complexes
- Promouvoir le Maintien à domicile
- Former
- Réaliser des enquêtes de satisfaction

**L'équipe du réseau JOSAPHINE**

4 Coordinateurs :  
 ■ 3 IDE & 1 CESF (soit 2 ETP) ■ 1 Psychologue (soit 0,3 ETP) ■ 1 Gériatre (soit 0,2 ETP) ■ 1 Secrétaire (soit 0,5 ETP)

**JOSAPHINE**  
 depuis Janvier 2009  
 ■ 80 Inclusions : 75 visites à domicile

Tels vite, la nécessité de disposer d'interventions sanitaires sur notre territoire s'est avérée incontournable.

Le financement du réseau JOSAPHINE a permis d'apporter une réponse plus adaptée aux situations médico-sociales les plus complexes.

Le réseau JOSAPHINE souhaite :

- élargir ses moyens
- Sensibiliser et mobiliser les partenaires
- Evaluer ses pratiques

**JOSAPHINE**  
 C'est un Réseau Gérontologique dont l'activité a débuté en janvier 2009. Il est porté par l'Association Gérontologique.

créée en 2002 et couvre 15 communes.

En septembre 2009 une équipe mobile de gériatrie-psychiatrie a rejoint l'équipe.

**Les Partenaires de JOSAPHINE**

- Centres Hospitaliers d'Argentan et d'Écouleuse - Montzenoy
- HDJ ■ SAU ■ UGA ■ USR ■ Service Social
- EHAD, Accueil de Jour Hébergement Territoires
- CCAS, SCS, CHAS, CHASER ■ Association d'aide à la personne
- SUDAS, IER, EPINAC ■ Professionnels de santé libéraux
- Fédérations ■ Familles et aidants ■ Autres équipes mobiles

**Commissaires d'Intervention du Réseau JOSAPHINE**

- Argentan
- Bretteville
- Champeigne
- Coudray
- La Chapelle-Boucard
- Montzenoy
- Saint-Hilaire
- Saint-James
- Saint-Martin
- Saint-Vincent

**Nos actions**

**Evaluation**

**Coordination**

**Expertise psycho-gériatrique et sociale**

**Suivi**

**Lutte contre l'isolement psycho-social**

**Soutien aux familles et aux aidants**

**Gestion et analyse des événements sentinelles**

**Nos objectifs**

**Etablir une relation privilégiée avec les services de gériatrie**

**Optimiser l'utilisation des structures hospitalières et accéder plus rapidement aux consultations mémoire et hôpitaux de jour**

**Coordonner les soins (Hôpital de jour, Consultations mémoire...)**

**Aider les partenaires dans les situations complexes**

**Promouvoir le maintien à domicile**

**Former et informer**

**Réaliser des enquêtes**